

08.03.2016

# **Interkommunal legevakt for Vik, Luster, Leikanger og Sogndal**

Fagutvalet si innstilling



# Innhold

Samandrag.....	3
Ord og uttrykk – forklaringar.....	4
1. Bakgrunn .....	5
2. Mandat og visjon .....	7
3. Fagutvalet sitt arbeid.....	8
4. Nasjonale rammevilkår.....	8
5. Kort om spesialisthelsetenesta .....	10
6. Legevaktordninga i dag .....	11
7. Lokale rammevilkår, demografi, geografi.....	15
7.1 Vik.....	15
7.2 Luster.....	16
7.3 Leikanger .....	16
7.4 Sogndal .....	17
8. ROS analyse .....	17
8.1 Generelt om analysen .....	17
8.2.1 Risikomatrise for Sogndal/Leikanger legevakt .....	20
8.2.2 ROS for Sogndal/Leikanger legevakt .....	20
8.3.1 Risikomatrise for Vik legevakt .....	21
8.3.2 ROS for Vik legevakt .....	22
8.4.1 Risikomatrise for Luster legevakt .....	23
8.4.2 ROS for Luster legevakt .....	23
8.5.2 ROS for 3- og 4-kommunesamarbeid .....	26
9. Ulike modellar – fagutvalet si vurdering .....	29
9. 1 Innleiande synspunkt.....	29
9.2 Allmennlegane sine synspunkt .....	30
9.3 Ambulansetilbodet .....	31
9.4 Forhold som må liggja til grunn i ei interkommunal legevakt.....	32
9.5 Risikoreduserande tiltak.....	32
10. Samla vurdering - innstilling .....	35
10.1 Felles legevaktdistrikt med 2 vaktmodellar.....	35
10.2 Arbeidsdeling aktiv vakt og beredskapsvakt.....	35
10.3 Bemanning.....	35
10.4 KAD senger .....	36

10.5 Legevaktbil.....	36
10.6 Fast løn. ....	36
10.7 Særlege forhold Vik. ....	37
10.8 Samarbeid.....	37
10.9 Vidare arbeid. ....	37
10.10 Informasjon til innbyggjarane. ....	37
11. Vidare arbeid .....	38
11.1 Vertskommuneavtale .....	38
11.2 Økonomi .....	38
11.3 Vidare arbeid .....	38
11.4 Merknader frå tillitsvald frå Luster.....	38
12. Notar/vedlegg/dokumentasjon/regelverk.....	40
12. 1 Notar.....	40
12.2 Nasjonale føringar .....	40
12.2.1 Om akuttmedisinsk forskrift.....	43
12.2.2 Akuttutvalet.....	46

## **Samandrag**

Dagens legevakter i Vik, Luster og Sogndal/Leikanger er små og sårbarer einingar særleg med tanke på bemanning og legerekruttering. Legevaktene er dårleg rusta for å møta vedtekne og forventa strukturendringar for legevakt. Det gjeld krav om bakvakt for ikkje-vaktkompetente legar, krav om auka deltaking i utrykking, krav om auka tal sjukebesøk frå legevakt, krav om hjelpepersonell på legevakt og krav om legevaktbil for legar i utrykking.

Bakgrunnen for at det hausten 2015 vart vedteke å setje ned eit fagutval for å utgreie ein eventuell større interkommunal legevakt for kommunane Vik, Luster, Leikanger og Sogndal, var tilhøva ved legevaktene i Vik og Luster. Gjennomgåande hadde ein vanskar med tilstrekkeleg bemanning av faste legar, og det var krevjande og dyrt å skaffe kompetente vikarleger.

Fagutvalet har vore samansett av kommuneoverlegar i alle kommunane, kommunalsjef i Sogndal og tillitsvalde frå dagens legevaktar. Rådmennene har vore styringsgruppe for arbeidet. Mandatet for arbeidet har vore å utgreie faglege og praktiske vilkår for ei fagleg forsvarleg større interkommunal legevakt, anten mellom alle fire kommunane eller eit samarbeid mellom Sogndal/Leikanger og Vik.

Visjonen utvalet har lagt til grunn er at distriktet skal utmerka seg som ein attraktiv stad å arbeide slik at ein lettare maktar å rekruttere og behalde legar til fastlegestillingane i kommunane. Det vert lagt til grunn at legevaka skal vere ein moderne, effektiv og fagleg forsvarleg naudetat som sikrar befolkninga trygge og berekraftige medisinske tenester av god kvalitet heile døgeret.

Fagutvalet har vurdert organisering, lokalisering av legevaktstasjonar, tilgjenge til lege på vakt, beredskapsvakt for lege, hjelpepersonell og risikoreduserande tiltak for dei med lang reiseveg til legevakt.

Fagutvalet sitt framlegg er felles legevaktstasjon i Sogndal. Legevakslegen skal vera i aktiv vakt og til stades på legevaktstasjonen, med mindre han er på utrykning. Legevakslegen er alltid tilgjengeleg på telefon og via Naudnett i kontakt med AMK Førde og Sogn legevaktsentral. Legevaktstasjonen skal vera delvis bemanna med hjelpepersonell.

Pasientar som treng vurdering av legevakslege skal som hovudregel reise til legevaktstasjonen i Sogndal. Unntaket er raude responsar der ambulanse og eventuelt lege rykkjer ut, samt sjukebesøk til pasientar som ikkje er i stand til å reise til legevaktstasjonen. Dette er til dømes sjukeheimspasientar.

På grunn av lang reiseveg for pasientar i Vik til legevaktstasjonen i Sogndal tilrår fagutvalet ei fast bakvaksordning med lege i heimevakt i Vik. Denne skal stå for utrykning på raude responsar og naudsynte sjukebesøk på sjukeheimen og i Vik fengsel. Slik har Vik alltid lege i bakvakt i kommunen.

For kommunane på nordsida av fjorden føresler fagutvalet i tillegg lege i fast heimevakt for kommunane Luster, Sogndal og Leikanger. Den legen med kortast utrykningstid (lege i aktiv vakt eller lege i heimevakt) rykkjer ut. Dersom legen i aktiv vakt må rykkje ut på raud respons eller heimebesøk, må eventuelt legen i heimevakt rykkje ut til legevaktstasjonen og ta over det aktive arbeidet der.

## Ord og uttrykk – forklaringar

AMK	Akutt Medisinsk Kommunikasjonssentral
Naudnett	Nytt nasjonalt kommunikasjonsnett kor helsetenesta kan snakke saman med brann og politi.
Responsar:	
- Raude	Skal utførast straks på utrykking med blålys
- Gule	Skal utførast utan opphald, men ikkje på utrykking
- Grøne	Skal utførast innan 2 timer
Akuttutvalet	Regjeringsoppnemnd utval
AV	Aktiv Vakt
BV	BeredskapsVakt
KAD	Kommunale akuttmedisinske døgntilbod
IKL	Interkommunal legevakt
LAUT	Lokale Akuttmedisinske Utrykkings Team
NKLM	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
NOU	Norsk offentleg utgreiing
ROS	Risiko og sårbarhetsanalyse
SYS – IKL	Sunnfjord Ytre Sogn- interkommunale legevakt

## 1. Bakgrunn

### 1.1 Nasjonale endringar

Kommunal legevakt er ei teneste i endring. 1. mai 2015 kom ny akuttmedisinsk forskrift med særleg fokus på kompetansekrav for dei som arbeider i legevakt. I desember 2015 kom akuttutvalet si innstilling «Først og fremst (NOU 2015.17). Innstillinga er tydeleg på at legevakt må verta større einingar for å kunna tilby eit tilstrekkeleg trygt, berekraftig og oversikteleg medisinsk naudhjelpstilbod av tilstrekkeleg kvalitet heile døgeret, heile veka. [Sjå merknad 1 frå tillitsvald Luster under pkt. 11.4.](#)

Akuttutvalet skriv i ein delrapport at ein av dei mest sentrale verdiane våre er at alle skal bli tekne hand om ved akutt sjukdom eller skade. Nærleik til viktige helsetenester er såleis ein svært viktig verdi. Samstundes peikar akuttutvalet på motstridande prioriteringar:

- Innbyggjarar generelt trekkjer fram nærleik som viktigast for tryggleik.
- Pasientar og pårørande derimot trekkjer fram medisinsk fagleg kvalitet som viktigast.

Det første er argument for nære og lokale legevaktar. Det andre der ein er oppteken av kvalitet krev ofte større einingar. [Sjå merknad 2 frå tillitsvald Luster under pkt 11.4.](#)

Mindre kommunar som Vik vert utfordra med høg vaktbelastning, noko som gjer rekruttering av legar vanskeleg. Dette er eit sentralt spørsmål når kommunar drøftar organisering av legevakt. Denne utgreiinga er ikkje noko unnatak.

Nasjonalt går utviklinga i retning av at fleire og fleire kommunar samarbeidar om legevakt. Dei siste 10 åra har 1/3 av legevaktene blitt borte. I 2014 er det berre 80 kommunar som har såkalla «ein-kommune» legevakt.

### 1.2 Lokale behov

Våren 2015 vende Vik kommune seg til Sogndal kommune med spørsmål om å slutte seg til felles legevakt for kommunane Sogndal og Leikanger. Dette hadde sin bakgrunn i ein vanskeleg vaktsituasjon i kommunen, ofte med 3-delt legevakt. Ei slik vaktbelastning vert omtalt som uforsvarleg og ikkje berekraftig over tid.

I juni 2015 kom det spørsmål frå kommuneoverlegen i Luster om eit legevaktsamarbeid Sogndal/Leikanger i ferien. Dette hadde sin årsak i sjukmelding/permisjonar og vanskar med å skaffe vikarlegar.

For Sogndal kommune, som har felles legevakt med Leikanger, har det vore ynskje om å samordne allmennlegevaka med legevakt for KAD-senger med verknad frå 01.01.2016. Dette er no gjennomført. Det har òg vore vurdert å styrke leiing og administrasjon av legevakta ved å opprette ei 20 % stilling som legevaktsoverlege. Stasjonær legevakt har òg vore vurdert.

### **1.3 Interkommunalt møte**

Med dette som bakgrunn var det skipa til eit møte den 19.08.2015 mellom Vik, Luster, Leikanger og Sogndal, representert ved rådmenn, kommuneoverlegar og kommunalsjef i Sogndal. Møtet hadde først ein gjennomgang av utfordringar i den einskilde kommune. Ny akuttmedisinsk forskrift og framtidige krav (jamfør akuttutvalet) til legevakttenesta vart gjennomgått.

Eit samla møte la til grunn at utviklinga går i retning av *ei meir profesjonalisert teneste* og der faglege, administrative og praktiske krav truleg kan løysast best i større einingar.

Rådmennene, som styringsgruppe, oppnemnde på denne bakgrunn eit fagutval for å utgreie saka. Tillitsvalde vart invitert til å delta.

Styringsgruppa har hatt slik samansetjing;

- Rådmann Oddbjørn Ese, Vik
- Rådmann Jarle Skartun, Luster
- Rådmann Odd Arve Rakstad, Leikanger
- Rådmann Jostein Aanestad, Sogndal

Kommunalsjefar i dei aktuelle kommunane har alle vore involvert underveis.

### **1.4 Fagutval**

Fagutvalet har hatt slik samansetjing:

- Kommuneoverlege Helge Johan Bjordal, Vik
- Kommuneoverlege Knut Cotta Schønberg, Luster
- Kommuneoverlege Leiv Erik Husabø, Leikanger
- Tillitsvald Margaret Hauderowicz, Vik
- Tillitsvald Siri Liestøl Christensen, Luster
- Tillitsvald Brede Skorve, Sogndal
- Kommuneoverlege Jan Ove Tryti, Sogndal
- Kommunalsjef Jon Tvilde, Sogndal

Jan Ove Tryti har leia arbeidet. Jan Ove Tryti og Jon Tvilde har delt på oppgåva som sekretær.

#### **Andre vilkår:**

Styringsgruppa gav Sogndal kommune fullmakt til å vurdere behov for ekstern konsulenthjelp i utgreiingsarbeidet. Eventuelle kostnadar skulle delast mellom kommunane. Ein skulle òg undersøkje om det kunne skaffast økonomiske ressursar til arbeidet frå andre. Det siste lukkast ein ikkje med.

Grunna korte fristar for arbeidet valde Sogndal kommune å utføre arbeidet utan ekstern hjelp. Kostnadar til dette skulle delast mellom kommunane.

## **2. Mandat og visjon**

I sitt første møte drøfta fagutvalet oppgåva og skisserte eit framlegg til mandat og visjon for arbeidet. Seinare justerte styringsgruppa dette på nokre punkt og vedtok følgjande mandat og visjon for arbeidet.

### **Mandat**

1. *I arbeidet skal fagutvalet leggja til grunn at utvalet skal utgreie faglege og praktiske vilkår som må vera til stades for ei utvida felles legevakt, uavhengig av den politiske handsaminga.*
2. *Utvalet skal utgreie organisatoriske og faglege vilkår for ei utvida legevaktteneste. Ein legg til grunn 3 ulike modellar:*
  - a. *Samarbeid Vik, Leikanger, Sogndal (3 parts modell)*
  - b. *Samarbeid Vik, Leikanger, Luster på natt, Sogndal (3 ½ parts modell)*
  - c. *Samarbeid Vik, Leikanger, Luster, Sogndal (4 parts modell)*
3. *Utvalet skal utarbeide mål og visjon for ei utvida legevaktteneste, ivareta brukarperspektivet, vurdere vilkår for ambulanseteneste/beredskap opp mot geografi og beskrive moglege samtidskonfliktar og estimat for tal konsultasjonar samt svingingar i sesong.*
4. *Med bakgrunn i lovverk/forskrift og handbøker for andre legevaktsamarbeid skal fagutvalet utarbeide ei handbok for legevaktenesta (med denne rapporten er ikkje dette fullført).*

### **Visjon**

Fagutvalet la til ein visjon for den framtidige legevakta i kommunane våre:

- *Distriktet skal utmerkja seg som ein attraktiv stad å arbeida, der ein maktar å rekruttera yngre legar. Dette fordi det vert tilrettelagt med gode arbeidsvilkår både innan allmennlegetenester og legevakt.*
- *Visjonen er at legevaktdistriktet innan 2020 skal vera ein moderne, fagleg kompetent, effektiv og profesjonell naudetat som sikrar befolkninga eit trygt, berekraftig og oversiktleg medisinsk naudhjelpstilbod av høg kvalitet heile døgnet.*

### **2.1 Presiseringar av mandatet undervegs**

Styringsgruppa fekk ein førebels presentasjon av fagutvalet sitt arbeid så langt den 10.11.2015. Etter gjennomgangen av arbeidet vart konklusjonen frå styringsgruppa følgjande:

#### **«Vidare utgreiingar**

Fagutvalet vert beden om å sluttføra sitt arbeid innan 1. mars. Fagutvalet må vurdere følgjande:  
- Fagutvalet må drøfte og innarbeide dei føringar som kjem i Akuttutvalet si innstilling.

Vidare må fagutvalet vurdere/evt. innarbeide

- korleis bøtande tiltak for Vik (sjukepleiar i vakt, telemedisin og transport) kan innarbeidast i IKL på bakgrunn av den utgreiinga Vik kommune no gjer.

- vurdere ordning der bakvakt har aktiv vakt på ettermiddag i Luster/Gaupne
- vurdere korleis IKL kan ha vakt for KAD både i Luster og Sogndal.»

Styringsgruppa fekk ei ny orientering den 18.02.2016. Den førebelse skissa fekk tilslutnad. Samstundes ynskte styringsgruppa at fagutvalet måtte vurdere nærmare ein vaktmodell der «kompenserande ordningar» i Luster burde utgreiast.

#### **Utvalet fekk samstundes nye tidslinjer:**

8. mars 2016	Fagutvalet leverer endeleg innstilling (no vert siste møte 1. mars)
	Rapport seinast 10. mars
Mars/april	Felles møte politisk-, administrativ- og fagleg leiing.
Mars/april	Saksførebuing kommunane for politisk handsaming
Juni	Politisk handsaming
1.09.16	Etablering av utvida IKL

### **3. Fagutvalet sitt arbeid**

Fagutvalet har gjennomført 6 møte. Eit fagseminar for allmennlegar med godt frammøte frå legar i alle kommunane vart avvikla 13. oktober. Her vart fagutvalet sitt arbeid presentert og legevakta i Førde, SYS IKL, innleia.

Utvalet har som grunnlag for sine vurderingar kartlagt forhold i den einskilde kommune som påverkar organisering og rammevilkår for legevakta. Vidare er det føreteke ei ROS-analyse for kvar kommune. Innhaldet i desse kartleggingane er innarbeidd i innstillinga.

Fagutvalet har òg gjennomgått vedtekne og *forventa* nasjonale føringer for det akuttmedisinske tilbodet. Denne gjennomgangen er kort omtalt i kapittel 4, og meir utfyllande i eit eige vedlegg. Fagutvalet si innstilling forskotterer såleis pålegg som ein forventar kjem dei nærmaste åra.

Kapittel 5 er ein kort gjennomgang av spesialisthelsetenesta, kapittel 6 omhandlar noverande legeaktordningar i kommunane, kapittel 7 omhandlar demografiske, geografiske og andre forhold i kommunane og kapittel 8 gjennomgår ROS – analysane (Risiko- Og Sårbarhet) som er gjennomført.

Utvalet si vurdering av ulike modellar finn ein i kap. 9. Utvalet si samla vurdering er presentert i kapittel 10.

### **4. Nasjonale rammevilkår**

I 2015 kom det 2 viktige dokument som gjev faglege rammer for legevakta i åra framover. Det er «Forskrift om krav til og organisering av kommunal legeaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v.» og ein NOU – Først og fremst – NOU 2015-17, som kom i desember 2017.

#### **4.1. Framtidas legevakt**

Sentralt i arbeidet for ei betre legevakt står «Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin». Senteret leverte i 2015 ein status for legevakttenesta i 2014, samstundes som rapporten kom med forslag til nasjonale krav, standardar og modellskisse for legevakt i heile/delar av landet. Ei samanfatning av arbeidet er:

- Legevakt må bli meir innretta mot beredskap, akuttmedisin og det som hastar.
- Pasientar med problem som kan venta til neste virkedag, skal sikrast tilgang til vurdering hjå fastlegen eller fastlegekontoret.
- Fastlegen sitt ansvar for akuttmedisinske tenester til eigne pasientar på dagtid må styrkast, og alle som etter medisinsk vurdering treng time same dag, skal få tilbod om dette frå fastlegekontoret før arbeidsdagen er slutt, og ikkje visast til legevakt.
- Kommunane skal organisere seg i legevaktdistrikt som gjer det mogeleg å driva legevakt i form av veldrevne legevaktstasjonar med profesjonell faglig og administrativ leiing.
- Distriktet skal ha ein eller fleire faste, godt utstyrt legevaktstasjoner i eigne lokale med kvalifisert lege i tilstades vakt, minstenorma skal i utgangspunktet vera to legar på vakt.

#### **4.2 Akuttmedisinsk forskrift**

Mål for endringane i ny akuttmedisinforskrift er å gje publikum betre service, m.a. ved å stille strengare krav til kompetansen hjå helsepersonell i tenesta. Regelverket skal òg bidra til ein meir samordna innsats ved større hendingar.

Krava til legar i kommunal legevakt er skjerpa. Legar som har vakt åleine må enten vera spesialist i allmennmedisin eller vera godkjent allmennlege med 3 år rettleia teneste. I tillegg må legen ha gjennomført 40 legevaktar, eller ha arbeidd eitt år som allmennlege i kommunen. Om ein lege på vakt ikkje oppfyller desse krava, må legevakta ha ei bakvakt som oppfyller krava. Bakvakta må kunne rykke ut når det er naudsynt. Det vil verta ei overgangsordning på tre år for å oppfylla desse krava, dvs. i 2018.

Den nye forskrifa frå 2015 stiller og krav til at legar i communal legevakt må gjennomgå kurs i akuttmedisin og valds- og overgrepshandtering. Her vil det vera ei overgangsordning på fem år.

#### **4.3 Akuttutvalet si innstilling – Først og fremst – NOU 2015-17**

Akuttutvalet sine viktigaste vurderingar og framlegg:

- Endringar i akuttfunksjonar ved lokalsjukehusa skapar utrygghet
- Samhandlingsavtalane mellom kommunar og helseføretak om akuttmedisinske tenester må revitaliserast og utviklast. Helseføretaka og kommunar må utarbeide ein forpliktande og felles plan for akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus
- Lege og anna legevaktpersonell må i større grad enn i dag delta i utrykking ved varsling frå AMK-sentral.

- Auka omfang av sjukebesøk frå legevakt med etablering av ein nasjonal norm om at legevakta utfører minst 20–40 sjukebesøk inkludert utrykkingar per 1000 innbyggjarar per år.
- Det vert innført eit nasjonalt krav i forskrift om at 90% av befolkninga i kvart legevaktdistrikt skal ha maksimalt 40 minutt reisetid til nærmeste legevaktstasjon og 95% av befolkninga skal ha maksimal reisetid på 60 minutt.
- Fastlegene må auka sin tilgjenge for pasientar som søker øyeblikkelig hjelp.
- Legevakta bør gjevast høve til å kunne føreta timebestilling hjå pasienten sin fastlege.

## 5. Kort om spesialisthelsetenesta

Kommunane i vår region har 4 sjukehus å forhalda seg til:

- Førde Sentralsjukehus har alle akuttfunksjonar utanom dei som krev kompetanse på universitetssjukehusnivå
- Lærdal sjukehus har akuttfunksjon for stabile indremedisinske pasientar
- Voss sjukehus blir mykje brukt i Vik på grunn av kort reisetid
- Haukeland Universitetssjukehus nyttast direkte ved særskild definerte eller kompliserte pasientar

### Ambulansetenesta er organisert slik i dag

Vik: 1 døgnambulanse og 1 reserveambulanse

Luster: 1 døgnambulanse og 1 dag-ambulanse

Sogndal/Leikanger: 2 døgnambulansar

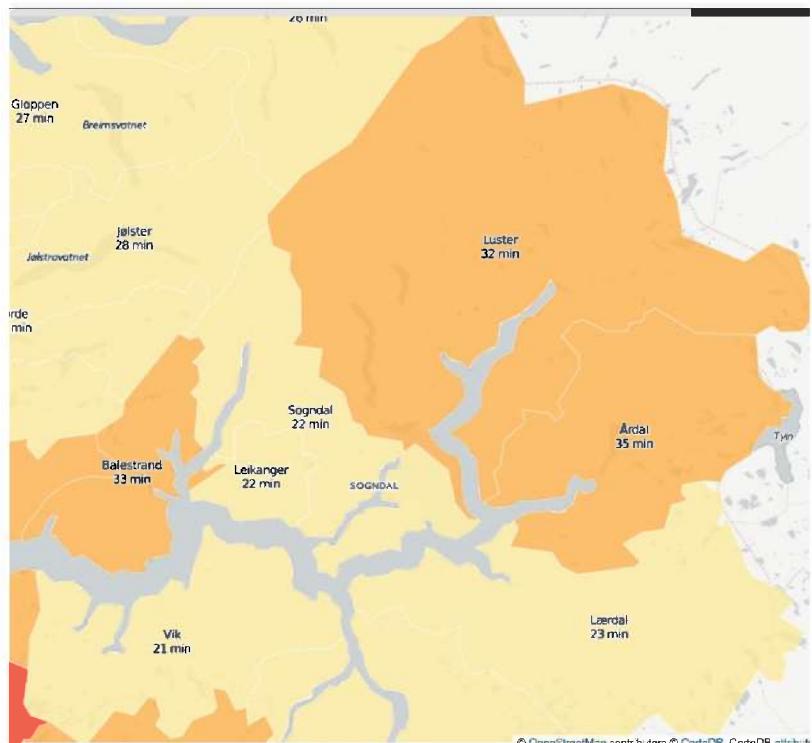
**AMK Førde** er dei som skal ha oversyn over ambulanseressursar, førestå mottak og handsaming av meldingar på **113** med påfølgjande varsling til legevakslegar og ambulansepersoneell i vakt.

**Legevaksentralen i Lærdal** har ansvar for mottak av legevakttelefonar til det nye nasjonale legevaktnummeret, **116 117**, i tillegg til administrasjon og tilrettelegging for når pasientar skal møte til legevaksatkonsultasjonar.

### Fagutvalet si vurdering.

Det vert understreka i Akuttutvalet sitt arbeid kor viktig det er at det akuttmedisinske tilbodet hjå helseføretaka må sjåast i samanheng med kommunane sitt legevakttilbod. Sagt på ein anna måte, endring hjå den eine aktøren må gjerast i samråd med den andre. Dette har t.d. vore mykje diskutert i Hordaland fylke, der det har kome endringar i ambulansestrukturen utan at kommunane har vore involvert. I fleire artiklar har t.d. Bergens Tidende følgd dette, sist 27.02.2016: <http://www.bt.no/article/bt-3550590.html>

Det nasjonale kravet til utrykkingstid for ambulanse er 12 minuttar i byane og 25 minuttar i grisgrendte strok. Kartet nedanfor syner at for våre kommunar er responsida innafor grensene, med unnatak for Luster der tida er 32 minutt.



## 6. Legevaktordninga i dag

Det er i dag ikkje sett av eigne ressursar til leiing, organisering eller prosedyreskriving for dei aktuelle legevaktene.

### 6.1 Vik legevakt

#### Legetenesta i Vik

Vik kommune har organisert legetenesta i samsvar med fastlegeordninga. Legekontoret har tre legesekretærar med til saman 2,8 årsverk frå 2016.

Vik kommune har følgjande legestillingar:

- To legar er tilsett på fastløn
- Ein lege har driftsavtale kombinert med kommunal stilling
- Ein turnuskandidat
- Ein fengselslege i 20 prosent stilling

Legane har tilsynsoppgåver ved Vik bygde- og sjukeheim (VBS), helsestasjonsarbeid og helseteneste i Vik fengsel for Kriminalomsorga region vest.

Opningstida ved legekontoret er frå kl. 08.00 til kl. 16.00, i tidsrommet 16. september til 30. april. Frå 1. mai til 15. september er kontoret opent frå kl. 08.00 til kl. 15.00.

Ventetida for pasientar med problemstillingar som ikkje hastar kan vera ein månad hjå fastlegane. Pasientane kan få time på dagen eller i løpet av få dagar om dei vel å gå til annan lege enn fastlegen.

## **Legevaktordninga i Vik kommune**

Legevakta er på legekontoret i Vik. Legane går 3-delt legevakt. Dette inneber at legane har vakt kvar tredje kvardag og kvar tredje helg. I periodar har det vore leigd inn vikar, spesielt i samband med ferieavvikling.

Vik: Legane bur i Vik sentrum. Reisetid til legevaktslokalet er ca. 2-4 min.

Vaktlege har òg ansvar for øyeblankeleg hjelp på dagtid. Dei andre legane tek også øyeblankeleg hjelp på eigne pasientar når det høver.

Fastlegane har ekstratimar til hastekontrollar og halvøyeblikkeleg hjelp. Det er ikkje vanleg å skyve vaktpasientar frå dagtid til kveldsvakta. Dette kan skje i samband med bruk av vikarlegar.

## **KAD senger**

Vik kommune har avtale med Sogndal kommune om KAD-plassar frå 01.01.2016.

## **Organisering av legevaka**

Kommuneoverlegen har fagansvar og dagleg administrativt ansvar for legevakta. Kommunen har ein perm med skriftlege rutinar på kontoret. Det er ikkje hjelpepersonell på vakt. Kommunen har sjeldne øvingar, og det er fleire år sidan sist. Ein har gjennomgang av utstyr og rutinar med vikarar og nye legar.

## **Gjennomsnittleg tal konsultasjonar kvardag/natt/helg legevakt**

Kommuneoverlegen opplyser; kvardag/natt/helg: 2-4 konsultasjonar på kvardagsvakter. 12-18 konsultasjonar på helgevakter (fom fredag tom søndag).

## **Ambulanseteneste**

I Vik er det stasjonert ein ambulanse med fullt utstyr og ein reserveambulanse med telefonliste over sjåførar for oppringing ved behov. Det har vore samtidskonfliktar. AMK styrer ambulanseflåten slik at andre ambulansar vert tilkalla frå andre kommunar ved behov.

Ein ambulansetur til Voss tek om lag 2 timer tur-retur. Dei fleste turane går til Voss. Ved turar til Lærdal/SSF kan ein ambulansetur ta 3 til 6 timer. Pasientane vert i slike høve ofte flytta over i anna ambulanse (t.d. Sogndal/Høyanger), eller at ambulansar frå andre stasjoner kjem til Vik.

## **Andre naudetatar:**

- Vik kommune er ein del av Sogn brann og redning. Dei har eigen stasjon i Vik med personell i vakt
- Polit. Vik kommune er eige distrikt og har kontor i Vik sentrum. Dei har døgnvakt.
- Redningstenesta i Brannvesenet og Sivilforsvarets FIG-eining (Fredsinnsatsgruppe) vert kopla inn i katastrofesituasjonar, og ved større ulykker. Kommunen sitt kriseteam og kommunen si beredskapsleiing, er også ressursar som må sjåast i samanheng med beredskap.
- 110- sentralen i Florø administrerer tryggleiksalarmer. Dei har oppdatert telefonliste over kven som skal varslast for utsynning.

## **6.2 Luster legevakt.**

### **Legetenesta i Luster.**

Luster kommune har organisert legetenesta i samsvar med fastlegeordninga. Legekontoret har 8 hjelpepersonell (sjukepleiar, bioingeniør, helsesekretær) med til saman 5,27 årsverk.

Luster kommune har følgjande legestillingar:

- 7 legar, frå sommaren 2016 8 legeheimlar
- 1 turnuslege

Legane har tilsynsoppgåver ved 3 omsorgssenter; i Hafslo, Gaupne og Luster. Alle har omsorgsbustader. Av sjukeheimspllassar er status pr. dd 16 på Hafslo, 24 i Luster og 30 i Gaupne. I Gaupne er det òg 2 KAD-senger. Den ordinære legevaka har tilsyn med KAD sengene. Det er noko ekstra avlønning for dette.

Opningstida ved legekontoret er frå kl. 07.45 til kl. 15.15 heile året.

Noko varierande ventetid hos fastlegane, men klarer å oppfylle fastlegeforskrifta i hovudsak gjennom året. God kapasitet på akuttimar og halvakutte timar, det er svært sjeldan at pasientar som tar kontakt på dagen blir overførde til vakt.

### **Legevaktordninga i Luster kommune**

Legane har ein avtale om 10-delt legevakt. 6 av desse kjem frå dei stillingane med driftsavtale med kommunen, samt 1 turnuslege. 2 legar som er gift går som 1 vaktlege. Resten vert dekkja opp av vikarar. (I 2014 var det 179 vaktdøgn med vikar, i 2015 var det 242 vaktdøgn med vikar).

Legane har heimevakt. Legevaktkontoret er på Luster Legekontor i Helsesenteret i Gaupne.

Reistida for legane til legevaktkontoret varierer frå 3-10 minutt til 15 minutt.

Etablert bakvakt for turnuslege. Legene er elles aleine på vakt, men kan flytte vakta til KA (korttidseininga kor KAD er plassert) og få hjelpe frå sjukepleiar der.

### **Organisering av legevaka**

Kommunelege/helsechef har fagleg og administrativt ansvar. Luster har eit kommunalt kvalitetssystem LKK- dette er skriftleg. Morgonmøte kvar dag der m.a. vakt blir gjennomgått med kontinuerlig læring. Øver i LAUT møter med ambulanse kvart halvår. Det er eit godt utstyrt legekontor med ultralydapparat. Telemedisinsk utstyr blir installert. Kommunen har ein særskilt godt utstyrt legebil som er registrert utsyrkjingskjøretøy. Kommunen har ikkje hjelpepersonell på vakt, men kan få dette ved behov på KAD-avdelinga.

### **Gjennomsnittleg tal konsultasjonar kvardag/natt/helg**

På kvardag har legevaka frå 0-6 konsultasjonar, på natt 0-1 og i helg: 15-20 (d.v.s. laurdag og sundag samla).

### **Ambulansetenesta**

Ambulansen er stasjonert på legevaktstasjon på Helsesenteret i Gaupne. Der er det ambulansegarasje saman med garasje for legebil. Luster har 1 døgn- og 1 dagambulanse.

Ambulansepersonellet har høg kompetanse, alle med fagbrev, 2 paramedic. Det er lite og skjeldan risiko for samtidskonfliktar for ambulansen.

**Andre naudetatar:**

- Brannstasjon i Gaupne med godt redningsutstyr.
- Politi Lensmann i Gaupne, all vakt via politistasjonen i Sogndal.

### **6.3 Sogndal/Leikanger legevakt**

#### **6.3.1 Legetenesta i Sogndal.**

Sogndal kommune har organisert legetenesta i samsvar med fastlegeordninga. Legekontoret har 9 stillingar for hjelpepersonell (3 sjukepleiarar, 2 bioingeniørar og 4 legesekretærar) med til saman 6,85 årsverk.

**Sogndal kommune har følgjande legestillingar:**

- 10 fastlegar
- Ein turnuslege

Legane har tilsynsoppgåver ved omsorgssenteret i Sogndal. Her er òg KAD senger som er samordna med ordinær legevakt frå 01.01.2016.

Opningstida ved legekontoret er frå kl. 08.00 til kl. 15.45, i tidsrommet 15. september til 14.mai. Frå 15. mai til 14. september er kontoret opent frå kl. 08.00 til kl. 15.00.

Ventetida for pasientar med problemstillingar som ikkje hastar vil som regel vere 1-2 veker.

**Legevaktordninga i Sogndal kommune**

Legevaktkontoret er på helsecenteret i Sogndal sentrum.

Legane går 15-delt legevakt, 11 legar frå Sogndal saman med 4 frå Leikanger. Legane har i dag heimevakt. For Sogndal sin del er reisetida til legevaktkontoret maks 5 minutt.

Dette inneber at legane har vakt kvar 14. dag og kvar 7. helg.

#### **6.3.2 Legetenesta i Leikanger**

Leikanger kommune har organisert legetenesta i samsvar med fastlegeordninga. Legekontoret har legesekretærar og sjukepleiarar med til saman 2 årsverk.

**Leikanger kommune har følgjande legestillingar:**

- 3 legar
- 1 turnuslege

Legane har tilsynsoppgåver ved sjukeheimen på Leikanger. Leikanger har KAD senger i Lærdal.

Opningstida ved legekontoret er frå kl. 08.00 til kl. 15.45, i tidsrommet 15. september til 14.mai.  
Frå 15. mai til 14. september er kontoret opent frå kl. 08.00 til kl. 15.00.

### 6.3.3 Felles legevakt for Leikanger og Sogndal kommune

#### Organisering av legevaka

Sogndal/Leikanger: Fag- og administrativt ansvar er delt mellom kommuneoverlegane i Sogndal og Leikanger. Legevaka har skriftlege rutinar, men lite struktur på rutinar og øvingar. Det er hjelpepersonell på legevaka laurdag 10.00-15.00.

#### Gjennomsnittleg tal konsultasjonar kvardag/natt/helg

Kvardag: 3-5, natt: 0-2, helg: 10-20 (30) pr. døgn.

#### Ambulanseteneste

Ambulansane er lokalisert på Sogndal helsecenter. Her er 2 døgnambulansar. Risikoene for samtidskonfliktar for ambulansen er ikkje ubetydeleg. Flåtestyring skjer ved AMK. Ambulansen i Luster er hyppig brukt. Ein kan vera utan ambulanse i 2-4 timer.

#### Andre naudetatar:

- Brann og redning i Sogndal
- Brann og redning i Leikanger kjem først til hendingar vest for Leikanger
- Politi i Sogndal med døgnvakt.

## 7. Lokale rammevilkår, demografi, geografi

I det følgjande er faktorar som geografi, folketal, institusjonar m.m. gjennomgått.

### 7.1 Vik

<b>Innbyggjarar</b>	Ca 2 700
<b>Geografi og demografi</b>	Vik: Mesteparten av innbyggjarane bur på Vikøyri og i området omkring (dalane).
<b>Omtale av grender (tal innbyggjarar, geografisk plassering, avstand til kommunesentrums og avstand til legevaka i Sogndal)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Fresvik ca 200 innb. Avstand til Vik ca 35 min, til Sogndal ca 1t 15 min</li><li>○ Feios ca 235 innb. Avstand til Vik ca 20 min, til Sogndal ca 1 time</li><li>○ Vangsnes ca 330 innb. Avstand til Vik ca 10 min, Sogndal ca 50 min</li><li>○ Framfjord/Indrefjord/Arnafjord ca 140 innb. Avstand til Vik ca 20-30 min, Sogndal ca 1 time og 20-30 min</li><li>○ Vik sentrum ca 1 time reisetid til Sogndal</li><li>○ Bødalen /Seljadalen/Ovrisdalen ca 400 innb. Avstand til Vik ca 2-10 min, Sogndal ca 1 time 2-10 min</li><li>○ Strendene ca 6-8 innbyggjarar. Må reise med båt til Vik. Reisetid ca 30 min. Litt avhengig av responstid på båt (Som ikkje er i beredskap). Tid til Sogndal ca 1 t 30 min</li></ul>
<b>Institusjonar</b> (type institusjon, tal plassar, geografisk plassering, evt. særskilte forhold)	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Vik bygde- og sjukeheim, 49 plassar. Like ved legekontoret.</li><li>○ Fresvik bygdeheim. Eldrebustader.</li><li>○ Vik fengsel med 39 plassar(11 med lågt sikkerheitsnivå)</li></ul>

<b>Andre utfordringar som påverkar legevaka (særskilte forhold, sesongvise svingingar)</b>	Det er litt sesongsvingingar med mange tilreisande i jule-/nyttårshelga, i påska og ein del turisttrafikk om sommaren. Det har ikkje vore naudsynt med auka beredskap eller andre tiltak pga dette.
--	---

## 7.2 Luster

<b>Innbyggjarar</b>	5 118
<b>Geografi og demografi</b>	0-17:1161 23%, 18-66: 3069 60%, 67-79: 557 10%, 80+: 336 6%
Omtale av grender (tal innbyggjarar, geografisk plassering, avstand til kommunesentrum og avstand til legevaka i Sogndal)	Kommunesentrum er Gaupne og opplyste avstandar er til Sogndal. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ornes: 90km, 103 innb. Sørsida: busetnad frå Skjolden til Ornes</li> <li>○ Fortun: 60km, 150 innb.</li> <li>○ Skjolden: 55km, 365 innb. 150 bur i Fortun 5 km lengre aust</li> <li>○ Dale: 48km, 522 innb.</li> <li>○ Gaupne: 31km, 1488 innb.</li> <li>○ Jostedal: 60km, 393 innb.</li> <li>○ Indre Hafslo: 25km, 510 innb.</li> <li>○ Hafslo: 18km, 1366 innb.</li> <li>○ Veitastrond: 45km, 107 innb.</li> <li>○ Solvorn: 18km, 220 innb.</li> </ul>
Institusjonar (type institusjon, tal plassar, geografisk plassering, evt. særskilte forhold)	3 omsorgssenter; Hafslo, Gaupne og Luster. Alle har omsorgsbustader, omsorgsplassar og sjukeheimspllassar. Av sjukeheimspllassar er der 16 på Hafslo, 24 i Luster og 30 i Gaupne, samt 2 KAD-senger.
Andre utfordringar som påverkar legevaka (særskilte forhold, sesongvise svingingar)	Noko auka belastning med skader frå Nigardsbreen juli-sept., mange turistar, cruisetrafikk.

## 7.3 Leikanger

<b>Innbyggjarar</b>	2298
<b>Geografi og demografi</b>	Langs fjorden 4-5 km, spreidd busetnad til Grinde (3 km) og Hella (13 km)
Omtale av grender (tal innbyggjarar, geografisk plassering, avstand til kommunesentrum og avstand til legevaka i Sogndal)	Dei fleste bur i området Leikanger-Hermansverk, 21-25 km til Sogndal sentrum, Hella 36 km.
Institusjonar (type institusjon, tal plassar, geografisk plassering, evt. særskilte forhold)	Leikanger sjukeheim Hermansverk sentrum, 29 plassar, omsorgsbustader like ved
Andre utfordringar som påverkar legevaka (særskilte forhold, sesongvise svingingar)	Ingen

## 7.4 Sogndal

Innbyggjarar	7 623
Geografi og demografi	0-14: 18,2%, 15-64: 66,1%, 65-79: 11%, 80+: 5,5%
Omtale av grender (tal innbyggjarar, geografisk plassering, avstand til kommunenesentrum og avstand til legevakta i Sogndal)	Dei fleste bur i og rundt sentrum.  Utkantar: Fjærland, Kaupanger, kommunegrenser mot Leikanger og Luster.
Institusjonar (type institusjon, tal plassar, geografisk plassering, evt. særskilte forhold)	SOS med 37 sjukeheims plassar, samt ... omsorgssenterplassar og 2 KAD-plassar
Andre utfordringar som påverkar legevakta (særskilte forhold, sesongvise svingingar)	Ingen

## 8. ROS analyse

### 8.1 Generelt om analysen

ROS-analysen tek utgangspunkt i fokusområde som utvalet har identifisert som viktige. For kvar av dagens legevakter er det laga ei risikomatrise, samt at ein har laga risikomatriser for legevaksamarbeid med 4 kommunar og 3 kommunar. I og med at ein i både modell med 4 kommunar og 3 kommunar legg opp til risikoreduserande tiltak med beredskapsvakter i tillegg til aktiv vakt skil ikkje desse analysane seg frå kvarandre.

Kapittelet er inndelt slik

- 1) Skjematiske oversikt over fokusområde, uønska hendingar, sannsynlegheitskategoriar, konsekvenskategoriar, risikomatrise, akseptansenivå og ROS-skjema
- 2) Risikomatrise og ROS for kvar enkelt av dagens legevakter
- 3) Risikomatrise og ROS for 3- og 4-kommunesamarbeid

Fokusområde	Uønska hendingar
1. Legeberedskap	Ikkje tilgjengeleg lege
2. Legebemannning	Få fastlegar i vaktordninga
3. Sjukepleiarbemannning	Mangel på kvalifisert personell
4. Sikkerheit for tilsette	Vold og truslar mot tilsette
5. Kvalitet på legevakttilbodet	Feilbehandling, underdiagnostisering
6. Responstid	6A: For lang responstid for lege ved akutte alvorlege hendingar (raud respons) 6B: Lang reiseveg for pasientar til legevakt ved grøn eller gul respons
7. Rekruttering	Klarar ikkje å rekruttere nok faste legar, må ofte nytte vikarar

8. Øvrige kommunale tenester	Redusert kvalitet på medisinsk oppfølging i institusjon, omsorgsbustader og heimebaserte tenester
------------------------------	---

## Aktuelle tiltak innan utvalde fokusområde

1. Legeberedskap
  - a. Auka antal legar i vaktordninga
  - b. Krav om tilstadesvakt
  - c. Redusere tal vikarlegar
  - d. Etablere interkommunal legevakt
  - e. Bedring av fastlegane sin tilgjengeleghet for listepasientar og ØH på dagtid
  - f. Styrke sjukepleiardekninga med høg kompestanse på institusjon og i heimesjukepleie
  - g. Styrke tilsynslegefunksjon for institusjon og omsorgsbustader
  - h. Legebil til utrykning
  - i. Sikre god ambulanseberedskap og godt samarbeid med ambulansen
  - j. Personell med helsekompetanse som kan rykke ut (sjukepleiar frå institusjon eller heimesjukepleie)
  - k. Etablere bakvaksatsordning eller 2 legar i vakt
  - l. Fastlønn på natt, evt. heile vakta
  - m. Fri etter vakt
  - n. Etablere gode prosedyrar/rutiner
2. Legebemanning
  - a. Etablere meir robust legevaksatsordning
  - b. Stabilitet for faste legar
  - c. Redusere vaktbelastning
  - d. Opprette fleire heimlar, innarbeide legevakt i ordinær arbeidstid
  - e. Fri dagen etter vakt
  - f. Fastlønn på natt, evt. heile vakta
  - g. God tilgjenge til fastlege på dagtid
  - h. God vurdering og prioritering før time
  - i. God/tilstrekkeleg leiing av legevakta
  - j. Godt kvalifisert hjelpepersonell
3. Sikkerheit for tilsette og pasientar
  - a. Fysiske fasilitetar, legevaksatslokale
  - b. Alarmsystem
  - c. Samarbeid med vakselskap og politi
  - d. Gode prosedyrar for heimebesøk
  - e. Klare prosedyrar ved hendingar
  - f. Oversikt over farlege pasientar
4. Kvalitet på legevakttilbodet
  - a. Full legedekning, faste fastlegar
  - b. Gode arbeidsvilkår for legar og hjelpepersonell
  - c. Vakt inkludert i ordinær arbeidstid
  - d. Fri etter vakt
  - e. Redusert vaktbelastning
  - f. Større vaktdistrikt
  - g. Bakvaksatsordning

- h. Hjelpepersonell
  - i. Samtrening
  - j. Øvingar
  - k. Kvalitetssjekk av vikarar
5. Responstid
- a. Krav om tilstadesvakt
  - b. Sjukepleiarar på vakt
  - c. First responders
  - d. Godt samarbeid med ambulansen, god flåtestyring frå AMK
  - e. Legebil
  - f. Bakvaktordning

Sannsynlegheitskategoriar		
1	Svært liten	Sjeldnare enn ein gong i året
2	Liten	Mellom ein gong i halvåret og ein gong i året
3	Moderat	Mellom ein gong i månaden og ein gong i halvåret
4	Stor	Mellom ein gong i veka og ein gong i månaden
5	Svært stor	Oftare enn ein gong i veka

Konsekvenskategoriar		
A	Ubetydeleg	Ingen ekstra fare for skade/sjukdom
B	Låg	Liten fare for skade/sjukdom eller mangelfull behandling
C	Moderat	Moderat fare for skade/sjukdom eller mangelfull behandling
D	Høg	Kan medføre alovrleg skade/sjukdom
E	Svært høg	Dødsfall kan førekomme

#### Risikomatrise

Sannsynleghet ↓	Konsekvens →	Ubetydeleg	Låg	Moderat	Høg	Svært høg	
Svært stor							5
Stor							4
Moderat							3
Liten							2
Svært liten							1
		A	B	C	D	E	

#### Akseptansenivå

	Høg risiko: Risikoreduserande tiltak må iverksetjast
	Middels risiko: Risikoreduserande tiltak bør iverksetjast
	Låg risiko: Risikoreduserande tiltak ikkje nødvendig

ROS FOR ... KOMMUNE							
Fokusområde:		Uønska hending:					
Sannsynlegheit		1	2	3	4	5	
Moglege årsaker		Førebyggjande tiltak					
Konsekvens	A	B	C	D	E		
Moglege konsekvensar	Skadereduserande tiltak						
Risikoreduserande tiltak							

### 8.2.1 Risikomatrise for Sogndal/Leikanger legevakt

Sannsynlegheit ↓	Konsekvens →	Ubetydeleg	Låg	Moderat	Høg	Svært høg	
Svært stor							5
Stor							4
Moderat	3, 7				5		3
Liten					6A		2
Svært liten	2 6B			3 4 8		1	1
	A	B	C	D	E		

### 8.2.2 ROS for Sogndal/Leikanger legevakt

ROS for Sogndal/Leikanger kommune							
Fokusområde: 1. Legeberedskap		Uønska hending: Ikkje tilgjengeleg lege					
Sannsynlegheit		1	2	3	4	5	
Moglege årsaker	Førebyggjande tiltak <ul style="list-style-type: none"> <li>Legevaktslege ikkje tilgjengeleg grunna sjukdom eller fråvær</li> </ul>						
Konsekvens	A B C D E						
Moglege konsekvensar	Skadereduserande tiltak <ul style="list-style-type: none"> <li>Ikkje lege på vakt i heile eller deler av vakta</li> </ul>						
Risikoreduserande tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problemstilinga vil vere ekstremt sjeldan førekommande men kan ha svært stor konsekvens og er difor teken med i analysen.</li> </ul>						
Fokusområde: 5. Kvalitet på leggevakttilbodet		Uønska hending: Feilbehandling/feildiagnosering					
Sannsynlegheit		1	2	3	4	5	

Moglege årsaker	Førebyggjande tiltak
<ul style="list-style-type: none"> <li>Låg eller manglende kompetanse hjå legevaktstegar</li> <li>Høgt arbeidstempo på legevakt som tvingar fram raske beslutningar</li> <li>Mangel på diagnostiske verktøy</li> <li>Mange pasientar som tek kontakt med legevakt er i tidleg fase av sjukdom og det kan vere risiko for forverring etter kontakt med legevaka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kvalitetssikre kompetansenivået til legevaktstegane</li> <li>Legge til rette for at legene kan gjøre tilstrekkeleg utgreiing ved tilgang til nok diagnostiske verktøy</li> <li>Rutinar for informasjon til pasientar om kva symptom/utvikling som krev ny vurdering</li> </ul>
Konsekvens	A      B      C      D      E
Moglege konsekvensar	Skadereduserande tiltak
<ul style="list-style-type: none"> <li>Unødig pasientskade på grunn av uoppdaga sjukdom eller manglende revudering ved forverring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revurdering ved forverring av tilstand</li> </ul>
Risikoreduserande tiltak	
Fokusområde: 6A Responstid	Uønska hending: For lang responstid for lege ved akutte alvorlege hendingar (raud respons)
Sannsynlegheit	1      2      3      4      5
Moglege årsaker	Førebyggjande tiltak
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kort reisetid til legevakt for dei fleste innbyggjarane</li> <li>Heimevakt forlengar responstida, særleg for legar på Leikanger viss hendinga er i Sogndal og omvendt viss hendinga er på Leikanger og lege er i Sogndal</li> <li>Utrykking frå passiv heimevakt er personavhengig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>God ambulanseberedskap gir få samtidskonfliktar</li> <li>Klare prosedyrar for utrykking</li> </ul>
Konsekvens	A      B      C      D      E
Moglege konsekvensar	Skadereduserande tiltak
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasientar får ikkje nødvendig helsehjelp i tide</li> </ul>	
Risikoreduserande tiltak	

### 8.3.1 Risikomatrise for Vik legevakt

Sannsynlegheit ↓	Konsekvens →	Ubetydeleg	Låg	Moderat	Høg	Svært høg	
Svært stor		1					5
Stor		8	7				4
Moderat	3,6						3
Liten			4, 5				2
Svært liten					2		1
		A	B	C	D	E	

### 8.3.2 ROS for Vik legevakt

ROS for Vik kommune					
Fokusområde: 1. Legeberedskap	Uønska hending: Ikkje nok legar til å dekke legevakta				
Sannsynlegheit	1	2	3	4	5
Moglege årsaker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjukdom hjå legevaktslege</li> <li>• Får ikkje tak i vikar</li> </ul>				
Konsekvens	A	B	C	D	E
Moglege konsekvensar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manglar lege på vakt</li> </ul>				
Risikoreduserande tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha tilstrekkelig tal legar</li> <li>• Etablere bakvaktordning for dei legane som treng det</li> </ul>				
Fokusområde: 5. Kvalitet på leggevakttilbodet	Uønska hending: Feilbehandling/feildiagnostisering				
Sannsynlegheit	1	2	3	4	5
Moglege årsaker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Låg eller manglande kompetanse hjå legevaksleger</li> <li>• Høgt arbeidstempo på legevakt som tvingar fram raske beslutningar</li> <li>• Mangel på diagnostiske verktøy</li> <li>• Mange pasientar som tek kontakt med legevakt er i tidleg fase av sjukdom og det kan vere risiko for forverring etter kontakt med legevakta</li> </ul>				
Konsekvens	A	B	C	D	E
Moglege konsekvensar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unødig pasientskade på grunn av uoppdaga sjukdom eller manglande revudering ved forverring</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revurdering ved forverring av tilstand</li> </ul>				

#### 8.4.1 Risikomatrise for Luster legevakt

Sannsynlegheit ↓	Konsekvens →	Ubetydeleg	Låg	Moderat	Høg	Svært høg	
Svært stor							5
Stor							4
Moderat		4			7		3
Liten					8		2
Svært liten			2 3 9	6	1		1
	A	B	C	D	E		

#### 8.4.2 ROS for Luster legevakt

<b>Fokusområde: Legeberedskap 1.</b>	<b>Uønska hending: Ikkje nok legar til å dekke legevakta.</b>				
<b>Sannsynlighet</b>	1	2	3	4	5
<b>Moglege årsaker</b>	<b>Førebyggjande tiltak</b>				
Akutt eller vedvarande sjukdom hos vaktberande lege, sjuk lege i ferieavvikling. Får ikkje tak i vikar.	God planlegging, bestille vikarar i god tid Høgt fokus på trening, prosedyrar og utstyr gjer det lettare å ha vaktar. God samhandling med andre aktørar prehospitalt.				
<b>Konsekvens</b>	A	B	C	D	E
<b>Moglege konsekvensar</b>	<b>Skadereduserande tiltak</b>				
Manglar lege på vakt	Annan lege må ta ekstra vakter, utsette planlagd fråver. Ha nok fastlegar, dette vil ta ned behovet for legevikarar. Etablere interkommunalt legevaksatsamarbeid.				
<b>Risikoreduserande tiltak</b>					
Ha tilstrekkelig tal leger til ein kvar tid på kontoret. Etablere bakvaktordning for dei legane som treng dette. Høg legetrivsel.					

<b>Fokusområde: Legebemanning 2.</b>	<b>Uønska hending: For få legar</b>				
<b>Sannsynlighet</b>	1	2	3	4	5
<b>Moglege årsaker</b>	<b>Førebyggjande tiltak</b>				
Ikkje ha tilstrekkelig med legar	Rekruttere nok tal legar / heimlar				
<b>Konsekvens</b>	A	B	C	D	E
<b>Moglege konsekvensar</b>	<b>Skadereduserande tiltak</b>				
For stor vaktbelastning på dei som er.	Rekruttere inn fleire faste legar. Fast løn på vakt og la legevakt inngå som del av arbeidstida for legane. Leige inn vikar.				
<b>Risikoreduserande tiltak</b>					
Etablere eit stabilt miljø med vekt på høg faglegheit, lukkast med god omdømmebygging. Kvalitets sjekk, systematisk opplæring, vaktrapportering / morgonmøter					

<b>Fokusområde: Kommunikasjon med fastlegane 3.</b>	<b>Uønska hending: Mangelfull behandling/ feilbehandling pga dårlig kommunikasjon/informasjon</b>				
Sannsynlighet	1	2	3	4	5
<b>Moglege årsaker</b>	<b>Førebyggjande tiltak</b>				
Legevaktlege sender ikkje epikrise eller notat til fastlege, informasjon om viverknader	Fastlege skal ha kopi av notat/epikrise				
Konsekvens	A	B	C	D	E
<b>Moglege konsekvensar</b>	<b>Skadereduserande tiltak</b>				
Feilbehandling.	Kopi av notat kan gå til pasient				
<b>Risikoreduserande tiltak</b>					
Etablere digital kommunikasjon mellom legevakt og fastlege. Ta opp aktuelle problem med fastlege i morgenmøte.					

<b>Fokusområde: Rekruttering 4.</b>	<b>Uønska hending: For få legar</b>				
Sannsynlighet	1	2	3	4	5
<b>Moglege årsaker</b>	<b>Førebyggjande tiltak</b>				
Ikkje ha tilstrekkelig med legar	Rekruttere nok tal legar / heimlar				
Konsekvens	A	B	C	D	E
<b>Moglege konsekvensar</b>	<b>Skadereduserande tiltak</b>				
For stor vaktbelastning på dei som er.	Rekruttere inn fleire faste legar. Fast løn på vakt og la legevakt inngå som del av arbeidstida for legane. Leige inn vikar. Mentor-ordning. Lærande kollegialt miljø.				
<b>Risikoreduserande tiltak</b>					
Etablere eit stabilt miljø med vekt på høg faglegheit, lukkast med god omdømebygging. Kvalitets sjekk, systematisk opplæring, vaktrapportering / morgonmøter					

<b>Fokusområde: Sikkerheit for tilsette og pasientar 6.</b>	<b>Uønska hending: Vold mot tilsette</b>				
Sannsynlighet	1	2	3	4	5
<b>Moglege årsaker</b>	<b>Førebyggjande tiltak</b>				

Vold og truslar frå pasientar og andre	Alltid ha låste dørar, god kontakt med LV-sentralen slik at alle er forhandsmelde. Kjenne til risikopasientar. Ha kontakt med ambulansepersonell som kan gje støtte, evnt. kontakte politi Bruke naudknapp på radio. Organisere kontoret rett.
<b>Konsekvens</b>	A      B      C      D      E
<b>Moglege konsekvensar</b>	<b>Skadereduserande tiltak</b>
Skade på lege. Sjukefråvær, frykt for å ta vakter.	Ta opp problemstilling med alle vaktberande legar og lære av kvarandre. Vere mentalt forberedt. Gode rutinar omkring truande pasientar.
<b>Riskoreduserande tiltak</b>	
Låst dør, flytte Legevakt til KA om ein føler seg trua. Ikkje reise i sjukebesøk om ein er utrygg på pasient. God samhandling med ambulansepersonell og politi.	

<b>Fokusområde: Kvalitet på legevakttilbodet 7.</b>	<b>Uønska hending: Feilbehandling, under / over diagnostisering</b>
<b>Sannsynlighet</b>	1      2      3      4      5
<b>Moglege årsaker</b>	<b>Førebyggjande tiltak</b>
For stor belastning på legevakt, for travelt,	Ekstra lege kan aktiviserast ved kriser, epidemier ol.
<b>Konsekvens</b>	A      B      C      D      E
<b>Moglege konsekvensar</b>	<b>Skadereduserande tiltak</b>
Feildiagnostisering, mangelfull behandling, gløyme henvising	God opplæring, god organisering.
<b>Riskoreduserande tiltak</b>	
Rett dimensjonering av legevakt, vaktkompetente legar.	

<b>Fokusområde: Responstid 8..</b>	<b>Uønska hending: Lang tid før akutt helsehjelp blir gjeve.</b>
<b>Sannsynlighet</b>	1      2      3      4      5
<b>Moglege årsaker</b>	<b>Førebyggjande tiltak</b>
Lege i vakt rykker ikkje ut på raud respons	Legevakt skal prioritere raud respons
<b>Konsekvens</b>	A      B      C      D      E
<b>Moglege konsekvensar</b>	<b>Skadereduserande tiltak</b>
Manglande akuttbehandling som kan få store konsekvensar.	Ambulanse er stasjonert i Gaupne og kan rykke ut umiddelbart. Brann/redningskorps rykker ut frå stasjon i Gaupne
<b>Riskoreduserande tiltak</b>	
Det er etablert 10 Hjertestartergrupper som blir aktivisert frå AMK	

<b>Fokusområde: Øvrige kommunale tenester 9.</b>	<b>Uønska hending: Redusert kvalitet på medisinsk oppfølging i institusjonar, omsorgsbustadar og i heimetenesta</b>				
<b>Sannsynlighet</b>	1	2	3	4	5
<b>Moglege årsaker</b>	<b>Førebyggjande tiltak</b>				
Legevaktleggen er oppteken med vaktarbeide på kontoret og rekk ikkje å ta sjukebesøk. I helg og feriar er der få legar i kommunen	Sjukeheimslegane har ubunden arbeidstid, slik at legevakt blir minst mogleg nytta.				
<b>Konsekvens</b>	A	B	C	D	E
<b>Moglege konsekvensar</b>	<b>Skadereduserande tiltak</b>				
Sjuke pasientar på omsorgssenter / heime får ikkje tilstrekkelig tilsyn	Annan lege må kontaktas får å hjelpe, LV sentralen har oversikt over andre legar				
<b>Riskoreduserande tiltak</b>					
Godt treninga sjukepleiarar på omsorgssentra og i heimetenesta gjer gode vurderingar, tar adekvate prøvar mm før dei tar kontakt med vaktleggen					

## 8.5.2 ROS for 3- og 4-kommunesamarbeid

<b>Fokusområde: 1. Legeberedskap</b>	<b>Uønska hending: Ikkje nok legar til å dekke legevaka.</b>				
<b>Sannsynlighet</b>	1	2	3	4	5
<b>Moglege årsaker</b>	<b>Førebyggjande tiltak</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Akutt eller vedvarande sjukdom hjå vaktberande lege, sjuk lege i ferieavvikling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>God planlegging</li> <li>God samhandling med andre aktørar prehospitalt</li> </ul>				
<b>Konsekvens</b>	A	B	C	D	E
<b>Moglege konsekvensar</b>	<b>Skadereduserande tiltak</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Manglar lege på vakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Annan lege må ta ekstra vakter, utsette planlagd fråver</li> <li>Ha nok fastleggar, dette vil ta ned behovet for legevikrar</li> <li>Etablere interkommunalt legevaksamarbeid</li> </ul>				
<b>Riskoreduserande tiltak</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha tilstrekkelig tal legar til ein kvar tid</li> <li>Etablere bakvaktordning for dei legane som treng dette. Høg legetrivsel</li> <li>Gjere det attraktivt å ha vakt</li> </ul>				

Fokusområde: 4. Sikkerheit for tilsette		Uønska hending: Vold mot tilsette				
Sannsynlighet		1	2	3	4	5
Moglege årsaker	Førebyggjande tiltak					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vold og truslar frå pasientar og andre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alltid ha låste dører</li> <li>God kontakt med LV-sentralen slik at alle er førhandsmelde</li> <li>Kjenne til risikopasientar</li> <li>Ha kontakt med ambulansepersonell som kan gje støtte, evt. kontakte politi</li> <li>Bruke naudknapp på radio</li> <li>Organisere kontoret rett</li> </ul>					
Konsekvens	A	B	C	D	E	
Moglege konsekvensar	<p>Skadereduserande tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Skade på lege</li> <li>Sjukefråvær, frykt for å ta vakter</li> </ul> <p>• Ta opp problemstilling med alle vaktberande legar og lære av kvarandre</p> <p>• Vere mentalt førebudd</p> <p>• Gode rutinar omkring truande pasientar</p>					
Riskoreduserande tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Låst dør</li> <li>Ikkje reise i sjukebesøk om ein er utrygg på pasient</li> <li>God samhandling med ambulansepersonell og politi</li> </ul>					
Fokusområde: 5. Kvalitet på legevakttilbodet	Uønska hending: Feilbehandling, under / over diagnostisering					
Sannsynlighet	1	2	3	4	5	
Moglege årsaker	<p>Førebyggjande tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>God opplæring</li> <li>God organisering</li> </ul>					
Konsekvens	A	B	C	D	E	
Moglege konsekvensar	<p>Skadereduserande tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Feildiagnostisering</li> <li>Mangefull behandling</li> <li>Manglende henvisning</li> </ul> <p>• Beredskapsvakta kan kallast inn for å bistå viss det blir for travelt</p>					
Riskoreduserande tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rett dimensjonering av legevakt</li> <li>Vaktkompetente legar</li> </ul>					
Fokusområde: 6. Responstid	Uønska hending: Lang tid før akutt helsehjelp blir gjeve.					
Sannsynlighet	1	2	3	4	5	
Moglege årsaker	<p>Førebyggjande tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lege i vakt rykker ikkje ut på raud respons</li> </ul>					

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beredskapsvaktordninga gjer at det alltid skal vere lege tilgjengleg for utrykking</li> </ul>				
Konsekvens	A      B      C      D      E				
Moglege konsekvensar	<p>Skadereduserande tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulanse kan rykke ut umiddelbart saman med lege</li> </ul>				
Risikoreduserande tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det er etablert Hjertestarergrupper som blir aktivisert frå AMK</li> </ul>				
Fokusområde: 7. Rekruttering	Uønska hending: For få legar				
Sannsynlighet	1      2      3      4      5				
Moglege årsaker	<p>Førebyggjande tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ikkje ha tilstrekkelig med legar</li> </ul>				
Konsekvens	A      B      C      D      E				
Moglege konsekvensar	<p>Skadereduserande tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>For stor vaktbelastning</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rekruttere inn fleire faste legar</li> <li>Fast løn på vakt og la legevakt inngå som del av arbeidstida for legane</li> <li>Leige inn vikar</li> <li>Mentor-ordning</li> <li>Lærande kollegialt miljø</li> </ul>				
Risikoreduserande tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablere eit stabilt miljø med vekt på høg faglegheit, lukkast med god omdørmebygging</li> <li>Kvalitetssjekk, systematisk opplæring, vaktrapportering / morgonmøte</li> </ul>				
Fokusområde: Øvrige kommunale tenester 9.	Uønska hending: Redusert kvalitet på medisinsk oppfølging i institusjonar, omsorgsbustadar og i heimetenesta				
Sannsynlighet	1      2      3      4      5				
Moglege årsaker	<p>Førebyggjande tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Legevaktlegen er oppteken med vaktarbeid på kontoret og rekk ikkje å ta sjukebesøk</li> <li>I helg og feriar er der få legar i kommunen</li> </ul>				
Konsekvens	A      B      C      D      E				
Moglege konsekvensar	<p>Skadereduserande tiltak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sjukeheimslegane har ubunden arbeidstid, slik at legevakt blir minst mogleg nytta</li> <li>Det skal alltid vere beredskapsvakt som kan ta heimebesøk og tilsyn i sjukeheim</li> </ul>				
Risikoreduserande tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bakvakt må kontaktast for å hjelpe</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Godt trenar sjukepleiarar på omsorgssentra og i heimetenesta gjer gode vurderingar, tek adekvate prøvar mm før dei kontaktar vaktlegen</li> </ul>				

## **9. Ulike modellar – fagutvalet si vurdering**

### **9. 1 Innleiande synspunkt**

Fagutvalet (1) meinat at det er fleire faktorar som talar for å etablere ein større interkommunal legevakt. For det første er det lokalt behov om samarbeid;

- Vik kommune kan vanskeleg halde fram med legevakt åleine.
- Luster møter utfordringar i å skaffe kvalifiserte vikarar, og ordninga vert dyrare og dyrare. Samstundes er det nye nasjonale føringar som det er vanskeleg å innfri med dagens struktur.

(1) *Sjå [merknad 3. og 4 frå tillitsvald Luster under pkt 11.4.](#)*

Samstundes er fagutvalet oppteken av god kvalitet på legevaka samstundes som ein har ei akseptabel vaktbelasting. Dette og dei nye krava til kompetanse og utstyr forsterkar trøngan for interkommunale løysingar.

Fagutvalet meiner at denne innstillinga er eit godt svar på desse utfordringane. Framleggjet til ny større interkommunal legevakt vil gje innbyggjarane eit godt legevakttilbod med god kvalitet 7 dagar i veka. Den nye legevaka handlar om felles legevaktstasjon, til stades vakt, permanent beredskapsvakt, hjelpepersonell og legevaktbil. Samstundes skal ein sikre at det alltid er tilgjengelege akutt timer på dagtid måndag til fredag. Slik kan dei dei med lange reiseavstandar og sjukdom som kan vente, få time tidleg dagen.

#### **Til det siste vil fagutvalet understreke:**

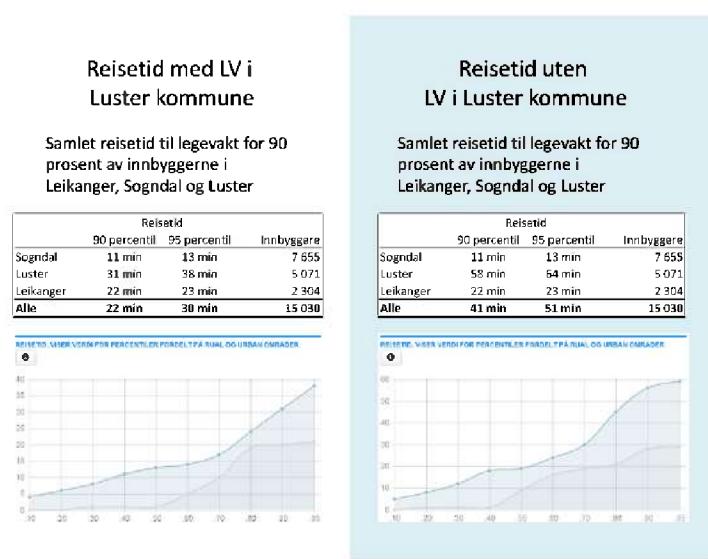
Nasjonale registreringar syner at halvparten av konsultasjonane på legevakt er enten feil bruk av akutt tilbodet eller at konsultasjon kan vente til neste dag. Når ein pasient, t.d. i Vik eller Fortun, ringjer AMK og får tilbod om legevakttime i Sogndal, må ein i dei aktuelle tilfellene som ikkje er så hastige, og som eit alternativ til avtale på ettermiddag/kveld i Sogndal, tilby avtale på det lokale legekontoret, t.d. kl. 08.30 dagen etter.

#### **Generelle vurderingar:**

Det er ei utfording å organisere ei god legevakt i område med store avstandar. Den føreslattede samanslåinga vil medføre lenger reisetid for dei som i dag bur i Vik og Luster. Særleg for Vik er reisetida lenger enn tilrådd. Samstundes endrar ikkje den føreslattede modellen beredskapen når det gjeld rauda responsar, fordi ein som har eigen beredskapsvakt for Vik. Endringa kjem for pasientar som treng legevakt og som må reise til Sogndal.

Vurderer ein beredskapen i dag for Luster er det slik at legane i Luster har heimevakt. Det kan vera t.d. på Hafslo. Etter nyordninga vil det vera lege som er til stades på vakt i Sogndal. Slik fagutvalet vurderer dette vil ikkje uttrykkingstida verta noko særlig därlegare. I tilfelle der det hastar vert det òg ei vurdering når legar i Luster har bakvakt, om ikkje det er best at dei skal rykke ut. For Vik vert det som i dag, i og med at ein alltid har lege i kommunen.

Vedlagde modell syner reisetid med legevaktstasjon i Sogndal for kommunane Leikanger, Luster og Song. Modellane er utarbeidd Norsk Pasientregister i samarbeid med Helsedirektoratet.



### Merknad til tabellen

Reisteida må sjåast i forhold til det nasjonalt kravet i forskrift om at 90 pst. av befolkninga i kvart legevaktdistrikt skal ha maksimalt 40 minuttar reisetid til nærmeste legevaktstasjon og 95 pst. av befolkninga skal ha maksimal reisetid på 60 minuttar. For Luster, Sogndal og Leikanger vil 90 % av befolkninga ha ei reisetid på 41 minutt, 95 % vil ha 51 minutt.

### Situasjonen for Vik.

For Vik inneber nyordninga fleire utfordringar. Det eine er reisetida til legevaktstasjon i Sogndal. Den andre utfordringa er dei periodane når Vikafjellet er stengt, og ferja ikkje går. Det er nokre timer seint på natt etter neste rutebrigde. Er Vikafjellet stengt skal ferja ligga i beredskap i Vangsnes.

For raude responsar vert beredskapen som i dag, så lenge ein har lege i fysisk beredskap i Vik.

### 9.2 Allmennlegane sine synspunkt

Allmennlegemøte 13. Oktober 2015 der dei fleste legane i kommunane deltok, drøfta noverande og framtidig legevakt. Innhaldet i møtet var presentasjon av fagutvalet sitt arbeid og drøfting av utfordringar og vegval.

Dagleg leiar for legevakten i Førde Helge Ulvestad (SYS-IKL) presenterte og deira erfaringar.

Diskusjonen i møtet er samanfatta slik:

Forhold som fungerer bra ved dagens legevaktordning	Utfordringar ved dagens legevaktordning	Krav til endringar ved ny ordning
-Velkjende omgivnader -Tilgang til journalar -Rapportering etter vakt -Heimevakt	-Ein lege på vakt vert opplevd som utrygt -Lite fokus på kvalitet -Ikkje ressursar til trening	-Tilstades vakt -Bakvakt -Bemannning med hjelpepersonell -Legebil

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Gode moglegheiter for å rykkje ut</li> <li>-Sogndal/Leikanger har OK vaktbelastning no</li> <li>-Vaktordninga med heimevakt blir sett på som familievennleg i Sogndal og Luster</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Luster/Vik er avhengig av mange vikarar for å drifta legevakta</li> <li>- Det var 100 vikardøgn i Vik og 179 vikardøgn i Luster i 2014</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Skikkeleg forarbeid inkl. ROS</li> <li>-Legevaktsoverlege</li> <li>-Legevakta skal hovudsakleg driftast av fastlegar</li> <li>-First responders</li> <li>-Telemedisinske løysningar</li> <li>-Andre kompenserande tiltak</li> </ul>
--	---	---

Forhold som ein trur vil bli betre ved ny ordning	Forhold som ein trur blir utfordrande med ny ordning
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Meir profesjonell legevakt</li> <li>-Ordna økonomiske forhold</li> <li>-Fastlønn</li> <li>-Tilstades vakt blir sett på som eit gode forutsett tilstrekkeleg kompensasjon</li> <li>-Betre kvalitet</li> <li>-Øving</li> <li>-Betre leiing og opplæring</li> <li>-Fast hjelpepersonell</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hyppigare vakt pga. 2 legar på vakt/bakvakt</li> <li>-Prosesen er for hastig</li> <li>-Færre utrykkinga grunna lange avstandar</li> <li>-Uro for at legane tek mindre ansvar i ei større legevakt, som t.d. kan vise seg i auka sjukmeldingar</li> <li>-Fleire ukjende pasientar, ikkje tilgang til full fastlegejournal</li> <li>-Stort vaktdistrikt, lange reiseavstandar</li> </ul>

Fagutvalet meiner at mykje av merknadane ovanfor er fanga opp av det framlegget fagutvalet tilrår. Utvalet vil òg ta initiativ til nytt møte når innstillinga er levert.

Sjå [merknad 5 fra TV Luster under kap. 11.4.](#)

### 9.3 Ambulansetilbodet

Fagutvalet vil understreka at ambulansetilbodet er ein sentral del av kvaliteten og beredskapen til den interkommunale legevakta. Utvalet har merka seg at dei prehospitale tenestene ikkje var omtala i den reviderte verksemddplanen for Helse Førde, som vart handsama sist sommar.

Det er viktig å halde fast på ei godt utbygd ambulanseteneste med godt utstyrde bilar og kompetente ambulansearbeidarar. Fagutvalet har med uro merka endringar i Helse Bergen der fleire lokale ambulansar vert fjerna, m.a. vart ein nattambulanse på Voss borte og ambulansen i Granvin vert endra frå døgn til dagambulanse. Grunngjevinga er økonomiske innsparingar.

Fagutvalet legg til grunn at Helse Førde ikkje gjer endringar i noverande struktur, utan at dette eventuelt skjer i samråd med kommunane.

Akuttutvalet seier om dette:

- *Samhandlingsavtalene mellom kommuner og helseforetak om akuttmedisinske tjenester må revitaliseres og utvikles*

- *Samhandlingsavtalene må inneholde et punkt om felles planlegging mellom kommuner og helseforetak. Helseforetak og kommuner må utarbeide en forpliktende og felles plan for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.*

Fagutvalet set sin lit til at nye delavtalen om «Samarbeid om den akuttmedisinske kjeda» mellom kommunane og Helse Førde, og i denne samanheng det nye Samhandlingsforumet, sikrar at dei samla akuttmedisinske tenestene utviklar seg slik at dei samla ivaretek nasjonale føringer om responstid.

#### **9.4 Forhold som må liggja til grunn i ei interkommunal legevakt.**

##### **Tidsramme**

- Tidsrammene for noverande legevakter er ulik sommar og vinter. Fagutvalet tilrår at legevaka dekker tidsrommet frå kl. 16.00 til kl. 08.00 på kvardag og tidsrommet frå fredag kl. 16.00 til måndag kl. 08.00 heile året.
- Alle kommunar/fastlegar har legevakt for eigne pasientar kl. 08.00 til kl. 16.00 måndag til fredag. I praksis betyr dette at den lokale akuttmedisinske beredskapen lokalt vert utvida.

##### **Grunngjeving:**

- For AMK og publikum er det ryddig å ha ei fast tid.
- Legen som har vakt får rimeleg tid til å flytta seg frå eigen praksis til IKL i Sogndal.

##### **Tal heimlar i interkommunal legevakt (IKL)**

- Fagutvalet meiner det er viktig å koma til semje om kor mange heimlar kvar kommune skal stille med i ei IKL. Skal talet legar som inngår i vaktordning påverkast av dei som får fritak, vil dette gje endringar i vaktbelastning over tid. Semjast kommunane om tal heimlar etter t.d. folketal, vil dette gje ei god ramme for drifta. I dag har Luster 9 legar, Sogndal/Leikanger 15 og Vik 4. Dette gjev 28 legar.

<b>Heimlar og folketal</b>				
<b>Kommune</b>	<b>Folketal</b>	<b>Heimlar</b>	<b>Snitt</b>	<b>Merknad</b>
Luster	5 118	9	569	1 turnuslege
Sogndal	7 623	11	693	1 turnuslege
Leikanger	2 276	4	569	1 turnuslege
Vik	2 700	4	675	1 turnuslege
	17 717			

##### **Fagutvalet tilrår:**

Uansett prinsipp må avgjerda om kven skal fritakast vakt leggjast til legevaktsjef i samråd med tillitsvalde for å få lik praksis i kommunane.

#### **9.5 Risikoreduserande tiltak**

Gjennom framlegget omtalt i kap. 10 meiner fagutvalet at behovet for risikoreduserande tiltak ikkje er store. Utfordringa ligg på service og kvalitet for innbyggjarane når avstanden til legevakt blir større.

### **9.5.1 Vik**

Fagutvalet si endelege innstilling har utvikla seg gjennom fleire etappar.

Den første innstillinga til fagutvalet var i korte trekk slik:

- Legevaktstasjon i Sogndal
- Legane frå Vik inngjekk i vaktstyrken i den interkommunale legevakta
- Som botemiddel for den lange reiseavstanden **var** fagutvalet si innstilling at Vik sjølv måtte etablere bøtande tiltak som;
  - o ordning med sjukepleier i vakt som kan rykke ut ved røde responsar og vere ein "avansert first responder"
  - o bruk av telemedisin i konsultasjon med vakthavande lege
  - o avklare korleis forholdet mellom IKL i Sogndal og Vik kommune skal vera på natt når Vikafjellet ikkje er opent.
  - o Vurdere andre risikoreduserande tiltak.

Styringsgruppa var som omtalt tidlegare, ikkje nøgd med ei slik skisse der Vik åleine skulle koma opp med risikoreduserande tiltak.

#### **Nytt utval.**

Av den grunn vart det sett ned eit utval med tilsette i Vik, og med deltaking frå Sogndal ved kommunalsjef. Arbeidet starta opp med eit møte 8.12.15 der det var brei deltaking frå kommunen; med legetenesta, helse-, pleie- og omsorg og Vik fengsel. Møtet drøfta ulike alternativ:

- legevaktstasjon i Sogndal med bøtande tiltak
- framhald av eigen legevakt der ein styrker legetenesta med to 50 % stillingar slik at det vert 4 - delt vakt

I forlenginga av møtet sette rådmannen ned eit utval med kommuneloverlege Helge Johan Bjordal, pleie og omsorgsleiar Marit Johanne Andersen, Gerd Torget Alme, Torunn Ruud og Jon Tvilde, Sogndal. Utvalet vurderte alternativa ovanfor, i tillegg til eit nytt alternativ med legar i bakvakt.

#### **Dette utvalet si innstilling samsvarar med den tilrådinga fagutvalet kjem med:**

- *Bøtande tiltak er vanskeleg å etablere*
- *Dagens legar har lita tru på alternativet med fleire stillingar for å styrka eiga legevakt i Vik. Det er manglande tru på at nokon vil synast det er attraktivt å koma til Vik i t.d. 50 % stilling for primært å delta i vakt-turnus.*
- *Utvalet tilrår følgjande ordning: Delta i interkommunal legevakt med stasjon i Sogndal. Det vert etablert bakvakt i Vik/ for Vik heile døgeret. Grøn og gul respons skal til Sogndal, ved raud respons i Vik skal bakvakt i Vik rykke ut.*
- *Legane i Vik vil og føre tilsyn på sjukeheimen og fengselet dersom dette ikkje kan vente til neste dag.*

### **9.5.2 Luster.**

Luster sine medlemmer i utvalet meiner at det ikkje er naudsynt med eigne risikoreduserande tiltak for Luster med legevaktstasjon i Sogndal.

Styringsgruppa i møte 17.02.16 uttrykte ynskje om at fagutvalet vurderer nærmare ein vaktmodell der «kompensererande ordningar» i Luster vert vurdert.

Det er nokre tiltak som peikar seg ut:

- Lege i beredskap (BV) i Luster etter modell av det som blir etablert i Vik.
- Aktiv legevakt på kveldstid for Luster kombinert med å vera BV for IKL i Sogndal.

Ein modell med eigen bakvakt for Luster slik Vik har, er ei ordning fagutvalet ikkje går inn for.

Utvalet står seg på kva legane i Luster seier:

Legane i Luster ynskjer prinsipielt å inngå i felles vaktpool dersom det skal verta ein felles IKL. Etter denne modellen vil det berre dei dagar der Luster legar har beredskapsvakt vera lege i vakt i Luster kommune. Grunngjevinga er at legar må praktisere nok akuttmedisin og trenere via aktive vakter. Dersom legane får for mykje passiv vakt som BV, vil dei gå glipp av den faglege treninga dei treng. Eiga bakvaksordning i Luster vil kunne gje legane ein fagleg ulempe og usikkerheit som over tid vil gjøre det utfordrande å stabilisere legesituasjonen i kommunen. Legane er opptekne av fag og å vere fagleg kompetente og trenede.

Ved etablering av tilstadesvakt i Sogndal og med eigen BV vil det ikkje vere naudsynt med eigne kompensererande tiltak i Luster utover etablert ambulansestasjon med kasernering, samt dei 10 hjertestartar-gruppene som er omkring i kommunen.

### **9.5.3 Sogndal og Leikanger**

Ingen risikoreduserande tiltak.

## **10. Samla vurdering - innstilling**

### **10.1 Felles legevaktdistrikt med 2 vaktmodellar**

Fagutvalet, men unnatak av TV frå Luster, sjå pkt 11.4, tilrår at det vert etablert ein interkommunal legevakt for kommunane Luster, Sogndal, Leikanger og Vik med Sogndal som legevaksentral, med start frå 01.09.2016.

Ein tilrår slik organisering:

- Legevaktstasjon i Sogndal bemanna med til stades legevakt (aktiv vakt = AV).
- Legane i Leikanger, Luster og Sogndal utgjer ein felles vaktpool som dekker til stades legevakt (AV) i Sogndal og 1 lege i beredskapsvakt (beredskapsvakt = BV).
- Beredskapsvakt skal vera felles for kommunane Luster, Leikanger og Sogndal. Den kan rykkje ut på rauda responsar og sjukebesøk til dei som ikkje kjem seg til legevakt i Sogndal. BV skal òg rykke ut til KAD og sjukeheim.
- I Vik har legane passiv bakvakt i tidsrommet frå kl. 16.00 - 08.00 måndag til fredag og i helgar frå kl. 16.00 fredag til måndag morgen kl. 08.00.

### **10.2 Arbeidsdeling aktiv vakt og beredskapsvakt.**

Beredskapsvakt kan rykkje ut på rauda responsar og sjukebesøk til dei som ikkje kjem seg til legevakt i Sogndal.

BV skal rykke ut til naudsynte sjukebesøk og KAD senger. Når til stades vakt i Sogndal rykkjer ut på rauda responsar, og det samstundes er pasientar på legevaktstasjonen, skal BV flytte seg til IKL og vera aktiv til stades vakt.

I Vik har legane passiv beredskapsvakt i perioden kl. 16.00 -08.00 for rauda og gule responsar, dvs utrykking på raud respons og tilsyn på sjukeheim og fengsel

Legar frå Vik har i hovudsak beredskapsvakt. Med jamne mellomrom, minimum 4 i året, må desse legane ha vakt i Songdal for å vera kjent med systemet og oppretthalde kompetanse.

### **10.3 Bemanning.**

#### **Leiing**

Det vert oppretta ny stilling førebels som legevaktsansvarleg lege i 20 %. Denne får ansvar for dagleg leiing, vaktliste, prosedyreskriving, sikring av kompetanse og øvingar mm.

#### **Legar**

Legevaksentralen skal etablerast med 1 lege i til stades vakt (AV=aktiv vakt) og med to legar i beredskapsvakt (BV=beredskapsvakt), den eine for Vik kommune og den andre for kommunane Leikanger, Luster og Sogndal.

## Hjelpepersonell

Det vert etablert ei ordning med fast hjelpepersonell som dekker tidsrommet kl. 18.00 – 22.00 på kvardagar og kl. 10.00 – 15.00 på laurdag. Tilboden på laurdag eksisterer i dag. Hjelpepersonellet dekker ein periode då det er vanleg at det er samla pasientane som ikkje er hasteoppdrag.

Hjelpepersonell ut over dette kan lettare etablerast når IKL vert lokalisert i Sogndal helse- og omsorgssenter.

## 10.4 KAD senger

IKL skal ha tilsyn med KAD senger. Det er så langt forhandla fram ei avtale for KAD senger i Sogndal dekka av legar i kommunane Sogndal og Leikanger.

## 10.5 Legevaktbil

I dag har Luster kommune uniformert bil. Vik legevakt disponerer ein bil som ikkje er merka som legevaktbil. I dag disponerer 36 % av legevaktene legevaktbil. I revidert akuttmedisinforskrift er det krav om at legevakt skal yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, m.a. rykke ut straks når det er naudsynt. I rundskrivet til forskriftena vert det sagt at kommunen må syte for ei forsvarleg transportordning.

Det beste svaret på desse rammevilkåra er at både Sogndal og Leikanger får eigen bil. Kvar kommune har legevaka på dagtid og skal dette løysast må det skaffast 2 nye bilar.

Nedanfor ser ein kva ein slik bil kan innehalde og sjå ut.

- Bilen er utstyrt med blålys og sirener og spøkes nå godkjent som utsyringskjøretøy. Den har gps-sporing og kan følges av AMK - sentralen.
- Den kjøres og bemannes av lege og sykepleier, og har
  - nødvendig akuttutstyr
  - vanlig legekoffert
  - nødvendige medikamenter
  - Hjertestarter/EKG
  - Inhalasjonsutstyr
  - utstyr for sutur og kateterisering
  - blodprøvetaking (crp, inn, hb, glucose, d-dimer)
- Bilen er ikke rigget for pasienttransport



## 10.6 Fast løn.

Framlegga til fagutvalet tek høgde for dei krav som eksisterer i dag og som ein forventar vil koma om kort tid. Her er ein del element kommentert.

### Fast løn

Lønsvilkåra for legevakt følgjer av Sentral forbundsvise særavtale mellom KS og Den norske legeforening – kalla SFS 2305. Avtalen har berre satsar for natt, såleis må det forhandlast for godt gjersle for perioden kl. 16.00 -23.00.

Fagutvalet går inn for at legevaka vert etablert slik at alle har fast løn. Med ei slik ordning vil det ikkje stillast spørsmål med den einskile vakthavande si prioritering. Dette er i samsvar med Nklm og Akuttutvalet som tilrår fast løn for legar i vakt. Akseptabel løn vil stimulere legar til å ta vaktar, og vil kunne gjere at etter ein full arbeidsdag og påfølgjande 17 t vakt, kan ta fri dagen etter vakt.

Vakta vil da inngå i legens totalarbeidstid og gjøre det lettare å planlegge vakter og legepraksis utan at totalarbeidstida blir for stor. Dette vil hjelpe alle kommunane ved rekruttering og halde på dei legane ein har.

Akuttvalet skriv om dette:

#### Fastlønn

*«Fastlønn er avtalefestet i arbeid nattestid i alle interkommunale legevakter med tilstedevakt og er tatt i bruk ved en del store legevakter med fast ansatte leger. Fastlønn er også utbredt i en del kommuner med lite befolkningsgrunnlag og lav legevaktaktivitet. I Godager & Iversen (2015) er det innhentet synspunkter fra legevakter med erfaring med fastlønn, og det fremkommer blant annet relativt sterkt støtte til at fastlønn legger til rette for riktigere prioritering av pasienter, basert på medisinsk-faglige og ikke økonomiske vurderinger.»*

*Utvalget har foreslått at fastlønn og utvidet bruk av faste stillinger i legevakt bør innføres med sikte på å endre prioriteringen i tjenesten og bedre rekrutteringen. Nasjonale myndigheter må stimulere til at fastlønn tas i bruk i større grad i legevakttjenesten. Utvalget antar at det er vanskelig uten at staten samtidig legger om takstfinansieringen av legevakttjenesten. En slik omlegging og virkningene av den bør utredes nærmere. Utvalget har foreslått at det settes i gang et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.»*

Det siste åra har dei andre interkommunale legevaktene i fylket på Eid, Førde og Lærdal også gått over til fast lønn på natt, og nokon også på ettermiddag og kveld.

#### 10.7 Særlege forhold Vik.

Utalet tilrår følgjande ordning: Det vert etablert bakvakt i Vik/ for Vik 24 /7. Grøn og gul respons skal til Sogndal, ved raud respons i Vik skal bakvakt i Vik rykke ut.

Legane i Vik vil og føre tilsyn på sjukeheimen og fengselet dersom dette ikkje kan vente til neste dag.

#### 10.8 Samarbeid

I det vidare arbeidet må det utviklast samarbeid med andre legevaktdistrikt som Sogn medisinske senter (SMS) i Lærdal og SYS-IKL i Førde om kompetanse, erfarings- og kvalitetsutvikling.

#### 10.9 Vidare arbeid.

Utalet er innstilt på arbeide vidare med bøtande tiltak knytt til ROS, rutinar, handbok m.m. fram mot etablering av IKL frå den 01.09.2016.

#### 10.10 Informasjon til innbyggjarane.

Fagutvalet er oppteken av at fram mot etablering av ny IKL må det vera fokus på at innbyggjarane får god informasjon. Samstundes må ein på bakgrunn av ROS-analysa arbeide fram for rutinar for å minske risiko for hendingar i utkantane og der ein vurderer tiltak som first responder, bruk av telefon, telemedisinske hjelpemiddel og transporttenester.

## **10.11 Andre forhold**

### **Husvære**

Så lenge den interkommunale legevakta er i Dalevegen er det ikkje tilrettelagt for kvilerom. Såleis bør det skaffast eit mindre husvære tett innpå IKL. Når legevakta vert flytte til nye SHOS er ikkje dette naudsynt sidan vaktrom inngår i romplanen.

### **IKT**

Pr. i dag har ein ikkje fagsystem for legevakt. Dette må ein ha m.a. for dokumentasjon. Det føreligg eit tilbod på CGM Legevakt som kan samhandla med fagsystema i kvar kommune. Det er ei lite uvisse om kor mange lisensar som trengst, men ein legg opp til at det skal vera nok med 3 stk.

## **11. Vidare arbeid**

### **11.1 Vertskommuneavtale**

Vil utarbeidast før politisk handsaming.

### **11.2 Økonomi**

Det er utarbeidd budsjett. Fagutvalet har ikkje vore direkte involvert i dette arbeidet.

### **11.3 Vidare arbeid**

Fram mot oppstart må det arbeidast vidare med fleire oppgåver og som fagutvalet er innstilt på å arbeide med, m.a.:

- a. Utarbeide handbok, vidareutvikle eksisterande kvalitetssystem, medisinske prosedyrar og avviksrutinar.
- b. Drøfte prisnipp for når IKLV skal rykke ut, m.a. for å unngå at det skjer ei skyving av pasientar frå dagtid til legevakt.
- c. Gjennomføre prosessar for å sikre ØH plassar påfølgjande dag. Ei rutine kan vera at ved tilbakekobling av telefon frå AMK kl. 08.00 om morgonen måndag til fredag kan ein ta imot ØH bestillingar.

### **11.4 Merknader frå tillitsvald frå Luster.**

#### **1. Gjeld avsnittet 1.1 Nasjonale endringar**

*Denne setninga bør slettast, då NOUen ikkje er tydeleg på dette. Jf dette som er saksa frå NOU:*

*"Tilgjengelighet for innbyggerne reduseres i alle andre kommuner enn legevaktens vertskommune"*

*"Samfunnsøkonomiske avveininger der gevinsten for samfunnet av en døgnbasert legevakt i egen kommune sees opp mot kostnadene, er som regel fraværende i utredninger og beslutninger i kommunene"*

*"Lite tyder imidlertid på at kvalitet og fagutvikling har vært hovedmål ved opprettelse av interkommunale legevaktssamarbeid. Det finnes lite dokumentasjon på at interkommunalt legevaktssamarbeid har ført til økt kvalitet i tjenesten. Én lege på vakt, nedleggelse av legevaktstasjoner og lang reisetid til legevakt er blitt en realitet for mange innbyggere."*

*"Interkommunale legevaktssamarbeid gir i teorien gode muligheter for større bemanning, bredere fagmiljø, mer robuste organisasjoner og kvalitetsutvikling. Det finnes imidlertid lite dokumentasjon på at interkommunale samarbeid har ført til økt kvalitet i tjenesten. Lang reisetid til legevakt er blitt en realitet for mange innbyggere, og utvalget mener det er utfordrende at bruken av legevakt reduseres i nesten samme grad for akutte tilfeller med høy hastegrad som for pasienttilfeller med lavere hastegrad."*

## **2. Gjeld avsnittet 1.1 Nasjonale endringar**

*Denne siste setninga bør også slettast, eller endrast. Jf. NOU: Det finnes lite dokumentasjon på at interkommunalt legevaktssamarbeid har ført til økt kvalitet i tjenesten.*

## **3. Gjeld avsnittet 9. 1 Innleiande synspunkt**

*Som tillitsvald for legane i Luster kan eg ikke stå inne for desse synspunkta i pkt. 9.1, jf. meiningsane og vurderingane dei vaktberande i Luster har hatt og har. Det formulerast som at heile fagutvalet er einig i at ei IKL vil vera den beste løysinga for kommunane og gje den kvalitativt beste legevakta jf. dagens ordning.*

*Eg ynskjer at det kommenterast noko meir tydeleg på dette. Td.: «Fagutvalet har vore noko delt i sine vurderingar, men fleirtalet i fagutvalet er samd i desse synspunkta» el.likn.*

## **4. Gjeld avsnittet 9. 1 Innleiande synspunkt**

*S.L. skriv: Dette stemmer ikkje, sidan slutten av sommaren 2015 og fram tom sommar 2016 har Luster hatt god tilgang på vikarar, og prisen har vore stabil siste året. Foreslår at denne setninga slettast.*

*Kommunelegen skriv: «jeg er helt uenig i det hun kommenterer. At vi i øyeblikket har vært heldig med en vikar rokker ikke ved problemstillingen som ble lastet inn sommeren 2015.»*

## **5. Siste merknad gjeld avsnitt samla innstilling.**

*Dei vaktberande legane i Luster har i okt. 2015 skriftleg komme med sine innspel til ei mogleg IKL, kor dei peikar på fleire fordeler og ulemper med ei felles IKL, og kor dei totalt sett vurderar at det er flest fordelar med noverande legevaktsløysing. Dei peikar på kjennskap til pasientar og tilgang til journal, god tid til sjukebesøk og utrykkingar, rapport etter vakt, godt utstyr inkl. legevaktsbil, jamleg trening med ambulansetenesta og kort veg for pasientane som viktige argument for ei kommunal løysing.*

## **12.Notar/vedlegg/dokumentasjon/regelverk**

### **12. 1 Notar**

- 1) Handlingsplanen for legevakt 2009
- 2) Guttorm Raknes: Reisetid, reiseavstand og bruk av legevakt, UiB 2015.
- 3) Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelptilbud i kommunene Oppdrag fra Akuttutvalget. Rapport nr. 7-2014 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin;  
[https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/8919/Nklm\\_rapport%207-2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/8919/Nklm_rapport%207-2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- 4) Legevakt Nasjonal uniformering Rapport nr. 6-2014 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin;  
<https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/9647/Nasjonal%20uniformering%20av%20legevakt%20-%20rapport%20Nklm%20mars-15.pdf?sequence=1>
- 5) Akuttutvalgets delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet  
<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/akuttutvalgetsdelrapport.pdf>
- 5) Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>
- 6) En legevakt for alle men ikke for alt Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt  
<http://legeforeningen.no/PageFiles/207048/Innspillsrapport-legevakt.pdf>
- 7) To artiklar frå utposten nr. 1, 2015  
[http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/2015\\_Utposten/UP1\\_15/08\\_12\\_Allmennmedisinske%20betraktninger\\_Utposten\\_1\\_2015w.pdf](http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/2015_Utposten/UP1_15/08_12_Allmennmedisinske%20betraktninger_Utposten_1_2015w.pdf)  
[http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/2015\\_Utposten/UP1\\_15/14\\_16\\_Fremtidens%20legevakt\\_1\\_2015w.pdf](http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/2015_Utposten/UP1_15/14_16_Fremtidens%20legevakt_1_2015w.pdf)
- 8) Akuttutvalet si innstilling «Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus» NOU 2015 : 17.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>

### **12.2 Nasjonale føringer**

På kort tid har det kome 2 viktige dokument som gjev faglege rammer for legevakta i åra framover. Dette er «Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v.» og ein NOU – Først og fremst – NOU 2015-17, som kom i desember 2017.

«Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin» leverte i 2015 ein status for legevakttenesta i 2014 samstundes som rapporten kom med forslag til nasjonale krav, eventuelt rettleiande standardar og ei modellskisse for legevakt i heile/delar av landet.

**Rapporten seier dette om status:**

- Vi ser nå at både de minste og de største legevaktene blir større, og en rekke legevakter er eller kommer til å omfatte mer enn 100 000 innbyggere. Det skjer således en tydelig sentralisering av legevakttjenesten i Norge, der avstandene og reisetidene blir lengre for stadig flere av innbyggerne.
- Store legevaktdistrikter gir problematiske forskjeller i legevaktbruk.
- Mange nye, store legevaktdistrikter har bare én lege på vakt, og det er lite bruk av bakvaktordninger.
- Nklm har ikke registrert særlig forbedring av utstyr, bruk av legevaktbil eller praktisk trening.
- Legekompetansen er synkende, fastlegedeltakelsen fortsetter å synke.
- Sykebesøkstallet fortsetter å synke.
- Utrykninger ved akutt sykdom og ulykker blir færre og skjer ofte bare i nærområdene til legevakten.
- Det er registrert mangler ved legevaktberedskapen på dagtid mange steder.
- Spesialisthelsetjenesten, spesielt bil- og luftambulansetjenesten, melder om mindre samhandling fra legevakt. Uttrykket «abdisering fra store landområder» er blitt brukt.
- Mange KAD-enheter har mangelfull legeberedskap og delvis manglende diagnostisk og terapeutisk utstyr i forhold til oppgavene, selv om variasjonen her er stor.
- Handlingsplanen konkluderte med at legevakt var en «nødetat i bakleksa», og at legevakttjenestene ikke hadde utviklet seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklingen vi har sett i resten av den akuttmedisinske kjeden de siste 10 årene.

**Nklm fremjer ei rad tiltak – her tek ein med nokre få:**

- Kommunal legevakt skal være en offentlig profesjonell nødetat med høy kvalitet, spesifiserte oppgave og likeverdige tjenester til alle over hele landet. Norsk geografi og bosetning, tilgjengelige og nye medisinske ressurser og teknologier, landet sin infrastruktur og forvaltningsmessige tradisjon tilslører at det må være noe variasjon i tilbudene utfra lokale forutsetninger.
- Legevakt må bli mer innrettet mot beredskap, akuttmedisin og det som haster.....Pasienter med problemstillinger som kan vente til neste virkedag, skal sikres tilgang til vurdering hos fastlegen eller fastlegekontoret. Fastlegen sitt ansvar for akuttmedisinske tjenester til egne pasienter på dagtid må styrkes, og alle som etter medisinsk vurdering trenger time samme dag, skal få tilbud om dette fra fastlegekontoret før arbeidsdagen er slutt, og ikke henvises til legevakten.
- Kommunene skal organisere seg i legevaktdistrikter som gjør det mulig å drive legevakt i form av veldrevne legevaktstasjoner med profesjonell faglig og administrativ ledelse. Distriktet skal ha en eller flere faste, godt utstyrtte legevaktstasjoner i egne lokaler med kvalifisert lege/leger i tilstede vakt, minstenormen skal i utgangspunktet være to leger på vakt.
- I store legevaktdistrikter med flere leger i aktiv tjeneste kan en ha ulike funksjoner med parallelle vaktplaner, som for eksempel vaktordning for kommunale helseinstitusjoner, kjørende sykebesøkslege, lege som gir telefonråd og er i støttefunksjon for legevaksentralen, bakvakt for beredskap eller utdanning/veiledning, lege med særskilt

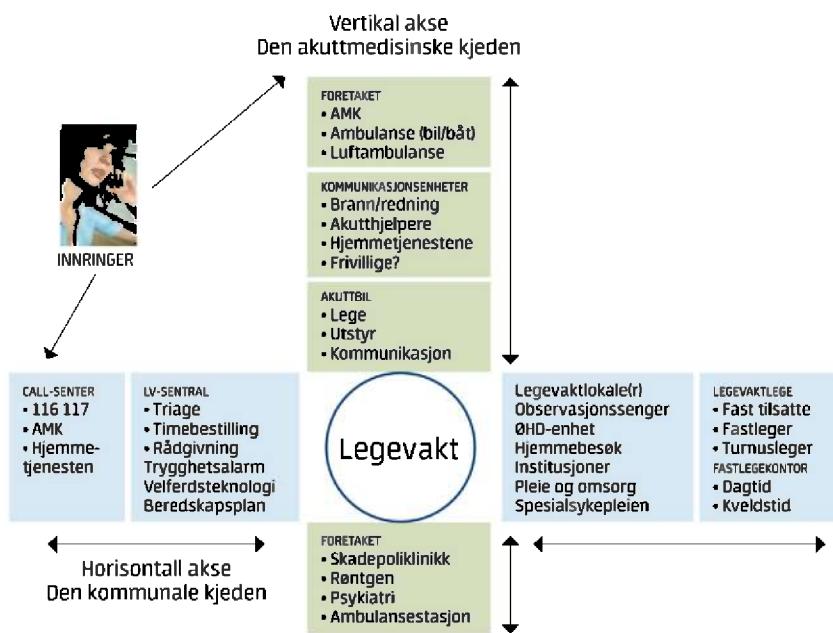
*ansvar for KAD-senger, i tillegg til vanlig konsultasjonsvirksomhet og beredskap på legevaktstasjonen.*

- *Legen skal aldri arbeide alene, og skal ha tilgang til transport (legevaktbil med medisinsk utstyr, registrert som utsyningskjøretøy) med sjåfør med relevant utdanning for utsyning og sykebesøk.*
- *Slik skal legevakt være en god, forsvarlig og trygg arbeidsplass, med interessante og utfordrende arbeidsoppgaver for alle medarbeidere.*
- *Legevakt skal være en integrert del av de prehospitalt akuttmedisinske tjenestene og den akuttmedisinske kjeden. Dette betyr aktiv og hyppig samhandling med de andre aktørene, inkludert avanserte kommunikasjonsløsninger via nødnettet og andre digitale kommunikasjonsformer med ambulansetjenesten, AMK og sykehus, samt brannvern og politi når det er nødvendig.*
- *Legevakten bør være lokalisert langs logisk reisevei til sykehus for de fleste pasientene, og den bør lokaliseres nær eller sammen med sykehjem, base for hjemmetjenester i døgndrift, KAD-enheter, helsehus, brannstasjon, ambulansestasjon eller lokalsykehus, der slike finnes.*
- *Legevakt er allmennmedisin.*

### Rapporten til Nklm samlar seg om konkrete tilrådingar:

TABELL 1: I rapporten er det gitt mange konkrete anbefalinger. Her er noen av de viktigste.

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ 90 prosent av befolkningen i legevaktdistriket skal ha maksimalt 40 minutter reisevei til en legevaktstasjon, og 95 prosent skal ha maksimalt 60 minutter.</li><li>■ 95 prosent av befolkningen og alle tettsteder i legevaktdistriket må kunne nås av legevaktlege innen 45 minutter ved utsyning.</li><li>■ Det bør settes som nasjonal norm at legevakten rykker ut ved minst 75 % av røde responser.</li><li>■ Det bør settes som nasjonal norm at legevakten utfører 20-40 sykebesøk pr. 1000 innbyggere pr. år.</li><li>■ Etter beslutning om sykebesøk skal ventetiden for pasienten være under to timer ved gule hastegrader og under seks timer ved grønne hastegrader.</li><li>■ Det skal alltid være minst to leger på vakt i legevaktdistriket.</li><li>■ Alt legevaktarbeid skal være fastlønnet.</li><li>■ Ventetiden i legevakten venterom skal være under 1 time for minimum 80 prosent av pasientene.</li><li>■ Helsedirektoratet skal utarbeide kravspesifikasjoner til akuttmedisinsk utstyr, laboratorietjenester og medikamentlager for bruk i legevakt.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Lege i vakt eller bakvakt skal ha tilgang på uniformert bil til bruk ved utsyning og til sykebesøk. Bilen skal være utstyrt med nødvendig utstyr til akuttmedisinske oppdrag og kommunikasjonsutstyr.</li><li>■ Legevakten skal ha elektronisk journalsystem for alle henvendelser og kontakter tilpasset både funksjon i legevaktcentralen, legevakt, sykebesøk og utsyning. Journalsystemet skal være integrert med den akuttmedisinske kjeden, også ambulanse og AMK, med tanke på elektronisk meldingsutveksling og rapportering.</li><li>■ Legevaktbil og legevaktlege som arbeider utenfor legevaktstasjonen, herunder bakvakt, lege i sykebesøk og utsyning, skal ha fjerntilgang til journalsystemet på legevaktstasjon.</li><li>■ Legevaktlegen og legevaktcentralen skal være fullt integrert i kommunikasjonssystemene mellom AMK og ambulanse, slik at de også kan motta digitale meldinger, kliniske opplysninger, kartposisjon og bilder. Dette gjelder også legevaktbil.</li><li>■ Bakvakt skal ha tilgang til journal og journalføre råd, og bør kunne nå legevaktstasjonen raskt ved behov, og alltid innen 60 minutter.</li><li>■ Lege som skal ha selvstendig legevakt, dvs. uten kvalifisert bakvakt, må enten være spesialist i allmennmedisin eller allmennlege som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, hvorav minimum to års erfaring innen allmennmedisin eller et år som fast ansatt legevaktlege. Andre leger kan ha selvstendig vaktkompetanse, kravene må fastsettes i forskrift.</li><li>■ Tid til trening o.l. skal ha et omfang på minst 25 timer med lønn i året for alle legevaktleger. Minst sju timer i året skal være praktisk trening i akuttmedisin.</li><li>■ Sykepleier er best kvalifisert for arbeid i legevaktcentral og legevakt sammen med vaktleggen.</li><li>■ Sykepleier skal ha minimum to års relevant klinisk tjeneste, og ha gjennomgått opprinningsprogram ved legevakten. Sykepleier som arbeider på legevakten skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin hvert femte år, samt kurs i volds- og overgrepshåndtering. For alenevakt i legevaktcentralen/legevaktlokalet må sykepleier ha minst tre måneders praksis fra legevakt.</li><li>■ Det må settes språkkrav til leger og sykepleiere i legevakt.</li></ul> |
|---|--|



FIGUR 2: En pedagogisk modell for en integrert fremtidens legevakttjeneste, med en vertikal (akuttmedisinsk) og en horisontal (kommunal) akse.

### 12.2.1 Om akuttmedisinsk forskrift

1. mai 2015 vart den akuttmedisinforskrifta sett i verk. I det følgjande er avsnitt 1 – generelle bestemmelsar og avsnitt 2 om kommunal legevaktordning sitert ordrett.

#### **Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)**

##### **Kapittel 1 Generelle bestemmelser**

###### **§ 1. Formål**

Forskriften skal bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Forskriften skal også bidra til at utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap fungerer i et landsdekkende nett og sikrer prioritert informasjonsflyt både innenfor og mellom medisinske institusjoner, til mobile enheter og til samarbeidende etater.

###### **§ 2. Virkeområde**

Forskriften regulerer kommunenes og de regionale helseforetakenes akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Dette omfatter kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste og tjenester som ytes av andre etter avtale med kommunen eller regionalt helseforetak.

###### **§ 3. Definisjoner**

a) Med akuttmedisin menes i denne forskriften medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåking ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, blant annet akutte psykiske lidelser og rusproblemer og akutte tilstander etter vold og overgrep, der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for pasientens liv og helse.

- b) Med akuttmedisinsk beredskap menes i denne forskriften planer, utstyr og personell som skal sikre befolkningen nødvendige akuttmedisinske tjenester.
- c) Med kommunal legevaktordning menes i denne forskriften virksomhet som gjennom hele døgnet skal vurdere henvendelser om øyeblikkelig hjelp og foreta nødvendig oppfølging.
- d) Med medisinsk nødmeldetjeneste menes i denne forskriften et landsdekkende, organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser ved behov for akuttmedisinsk hjelp og kommunikasjon innen helse- og omsorgstjenesten, der kommunenes legevaktnumre, nasjonalt legevaktnummer (116 117) og medisinsk nødtelefon (113) inngår.
- e) Med ambulansetjeneste menes i denne forskriften bil-, båt- og luftambulansetjeneste (ambulansehelikoptre og ambulansefly) som inngår i de regionale helseforetakenes akuttmedisinske beredskap utenfor sykehus og der det under transporten er behov for akuttmedisinsk behandling eller overvåking.
- f) Med personell i akuttmedisinsk beredskap menes personell ved AMK- og legevaksentraler, personell i ambulansetjenesten, personell ved sykehusavdelinger med øyeblikkelig-hjelpp funksjon innen somatikk, psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og helsepersonell i akuttmedisinsk beredskap i kommunen, inkludert lege i vakt.
- g) Med kommunikasjonsteknisk utstyr menes i denne forskriften teknisk utstyr og programvare som inngår i helse- og omsorgstjenestens landsdekkende kommunikasjonsberedskap.
- h) Med utstyr for lydopptak menes et system for opptak, avspilling og lagring av muntlig kommunikasjon mellom innringer og AMK- og legevaksentral.

**§ 4. Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester**  
Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningssentralene og andre myndigheter.

Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden.

Alle deler av helse- og omsorgstjenesten som er en del av den akuttmedisinske beredskapen, skal kunne kommunisere internt og på tvers av etablerte kommune- og regiongrenser i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett.

**§ 5. Avtale om bistand fra personer utenfor helse- og omsorgstjenesten (akutthjelper)**  
Kommunene og de regionale helseforetakene kan, som del av sin akuttmedisinske beredskap, inngå avtale om bistand fra akutthjelpere. Slike akutthjelpere kan være medlemmer av frivillige organisasjoner eller kommunalt brannvesen. Slik bistand kan komme i tillegg til, eller i påvente av, at personell fra de øvrige akuttmedisinske tjenestene kan yte akuttmedisinsk hjelp. Personer som skal yte slik bistand må ha fått nødvendig opplæring.

## **Kapittel 2. Kommunal legevaktordning**

### **§ 6. Kommunens ansvar for communal legevaktordning**

*Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet. Legevaktordningen skal blant annet*

- a) vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- b) diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og
- c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

### **§ 7. Kompetansekrav til lege i vakt mv.**

*En lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når vilkårene i bokstav a eller bokstav b er oppfylt:*

- a) Legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering.
- b) Legen har godkjenning som allmennlege etter § 3 første ledd bokstav a, jf. § 8 eller § 11 fjerde ledd, i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger, eller § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits. Legen må ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

*Kommunen plikter å etablere bakvaktordninger for leger i vakt som ikke oppfyller kravene i første ledd. Kompetansekravene i første ledd gjelder tilsvarende for leger som skal ha bakvakt. Bakvaktlege må kunne rykke ut når det er nødvendig.*

*Dersom det ikke er mulig for kommunen å skaffe leger som oppfyller kompetansekravene, kan fylkesmannen gjøre unntak fra kravene i første ledd. Det kan bare gjøres unntak for leger som tiltrener i vikariater av inntil to måneders varighet og som har gjennomført minst et og et halvt års veiledet tjeneste etter forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger § 4. Det kan ikke gjøres unntak for leger som skal ha bakvakt.*

### **§ 8. Kompetansekrav til annet helsepersonell**

*Helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt, blant annet operatører av kommunale legevaksentraler, jf. § 13 bokstav f, skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering.*

*Fylkesmannen kan etter henvendelse fra kommunen gjøre tidsbestemt unntak fra første ledd, dersom det midlertidig ikke er mulig å skaffe nok helsepersonell som tilfredsstiller kravene i første ledd.*

### **§ 9. Krav til utstyr i kommunal legevakt**

*Kommunen skal sørge for at legevakten er utstyrt slik at helsepersonellet i vakt kan gjennomføre diagnostikk og iverksette nødvendig medisinsk behandling og overvåkning i akutte situasjoner.*

*Kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart.»*

**Så langt forskrifa.**

**Fagutvalet vil understreka følgjande:**

- §6 omtalar kommunen sitt ansvar. Det nye er «c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, **blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig».**

I merknader til forskrifa punkt c) står det

*«Kommunen må sørge for en forsvarlig transportordning. Dette betyr at kommunen må stille til disposisjon en egen vaktbil. Den bør uniformeres og defineres som et utrykkingskjøretøy. Dersom kommunen ikke har egen sjåfør, kan det være ønskelig at legene får egnet kurs for dette».*

Det er et krav om:

*«Kommunens organisering av legevakt må vurderes på bakgrunn av en risiko- og sårbarhetsanalyse av bl.a. sykdoms- og skadeforekomst, tilgang til og kompetanse hos legevakt, ambulansetjeneste og sjukehus.»*

**§7 Kompetansekrav.**

Vaktlegen må enten vera spesialist i allmennmedisin og ha kurs i vald/overgrepshandtering eller oppfylle aktuelle kompetansekrav: 3 års rettleia teneste + enten hatt 40 legevakter, eller ha arbeidd 1 år som allmennlege i den kommunale helse og omsorgstenesta + ha kurs i akuttmedisin og vald/overgrep. Har ikkje legen slik kompetanse skal legen ha bakvakt. Bakvakt må vera lege som har vaktkompetanse. Bakvakt må kunna rykke ut og vera på plass innan ein time.

Sjå vedlegg om kompetansekrav.

**§21 Overgangsordningar.**

- Krav til grunnkompetanse for leger: Frist 01.05.2018
- Krav til kurs i akuttmedisin (det fyller alle spesialister i allmennmedisin) og i vold/overgreps-handtering. : 01.05.2020.
- Sjukepleiarar på legevakt har same krav til kurs med frist 01.05.2020.
- 

Vedlegg om kompetansekrav i akuttmedisinsk forskrift

#### **12.2.2 Akuttutvalet**

Innstillinga vart levert i november 2015. Innstillinga er ute til høyring med frist i mars 2016. Det er venta at framlegga i innstillinga langt på veg vil verta gjort gjeldande. For dei med særleg

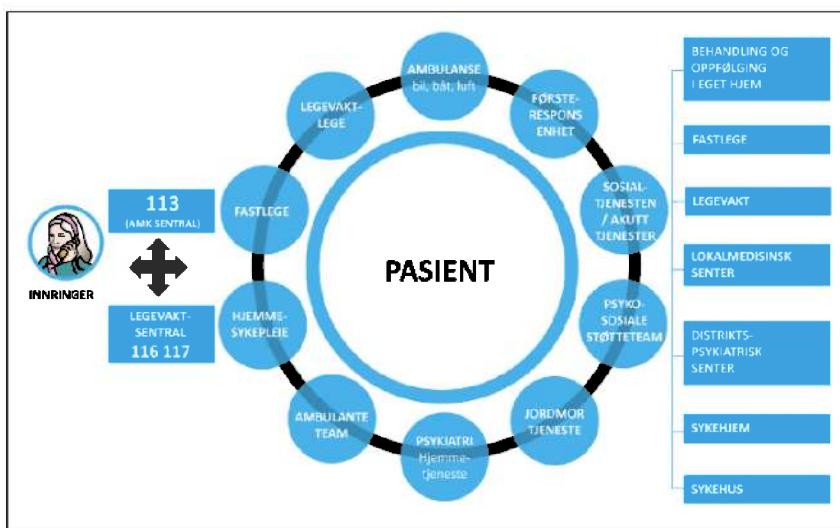
ansvar for feltet kan ein gjennomgang av innstillinga vera nyttig. Eit samandrag av NOU følgjer denne innstillinga (PS! Dette samandraget må ikkje nyttast som kjelde).

I det følgjande vert ein del hovudpoeng trekt fram:

**«Utfordringsbildet – hvorfor utvalg nå, bl.a.:**

- *Endringer i akuttfunksjonene ved lokalsykehusene skaper utsigghet*
- *Samhandlingsavtalene mellom kommuner og helseforetak om akuttmedisinske tjenester må revitaliseres og utvikles.*
- *Samhandlingsavtalene må inneholde et punkt om felles planlegging mellom kommuner og helseforetak. Helseforetak og kommuner må utarbeide en forpliktende og felles plan for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.»*

Innstillinga utvider vesentleg kven som inngår i den utvida akuttmedisinske kjeda:



Figur 10.1 Den utvidete akuttmedisinske kjeda.

Kilde: Helsedirektoratet, Nødnettprosjektet, 2014

**«Utvalget mener at kommuner og helseforetak må:**

- *Gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyse for det området de har et ansvar for. Kommuner og helseforetak må sammen vurdere demografi, geografi, klimaforhold og risikoelementer (trafikkårer, industri, turistaktivitet mv.). Behov for framskyndet spesialistinnsats i form av anestesilegebemannede legebiler eller ambulansehelikoptre må identifiseres, likeså behov for ambulansefly som følge av særlige lange avstander til ressurssykehus.*

*Lage felles akuttmedisinsk plan. Det er ikke akseptabelt at kommunens legevaktordning organiseres uten å ta hensyn til helseforetakets ambulanseplan eller motsatt.»*

**Kapittel 10 i innstillinga omhandlar «Øyeblikkelig – hjelptilbudet» i kommunane. Fagutvalet refererer utvalet sine vurderingar:**

**«10.10 Utvalgets vurderinger**

#### **10.10.1 En mer helhetlig akuttmedisinsk tjeneste i kommunene**

*Utvalget har foreslått i kapittel 5 at kommuner og helseforetak bør ha en felles planprosess for å avgjøre framtidig ressursbruk i den akuttmedisinske beredskapen.*

*Det er avsatt lite ressurser til ledelse og fagutvikling. Utvalget ser behov for et sterkere horisontalt samarbeid mellom de ulike kommunale helse- og omsorgstjenestene som yter øyeblikkelig hjelp og en satsning på fagutvikling og ledelse.*

*Utvalget mener det er et potensial i å etablere et samarbeid der hjemmesykepleien blir legevaktens og fastlegens forlengede arm ute hos brukerne, slik at tjenestetilbudet til brukeren blir i tråd med regeringens visjon om pasientens helsetjeneste. Det faglige samarbeidet innad i teamet vil kunne ivaretas ved en tett kobling mellom fastlege og hjemmesykepleie. Kommunikasjonen innad i teamet kan understøttes av telemedisinske løsninger, felles pasientjournalsystem (IKT løsninger) telefoni og /eller lukket kommunikasjonsnett (nødnett). På denne måten utvikles fastlegens mulighet for å yte nødvendige tjenester, herunder øyeblikkelig hjelp, til sine listepasienter.*

#### **Øyeblikkelig hjelp-team i kommunene**

*Utvalget er av den oppfatning at teamutvikling i tråd med føringer i Meld. St. 26 (2014–15) også har en overføringsverdi innenfor en framtidig utvikling av de prehospitalare tjenestene. Ved å sikre en kobling mellom hjemmesykepleie og legevakt som er både faglig forankret og ressursmessig effektiv, vil tjenestetilbudet til brukerne bli styrket. Utvalget er av den oppfatning at hjemmesykepleien har en verdifull kompetanse, og at kompetansenivået er økende.*

*Utvalget mener at utvikling av ø-hjelpteam hvor legevakt og hjemmesykepleie er koblet sammen vil være et godt supplement i mange kommuner og legevaktdistrikter for å bidra til en bedre ø-hjelps tjeneste til brukerne.*

#### **10.10.2 Styring og ledelse**

*Utvalget viser til at både i samhandlingsreformen og i forarbeidene til ny helse- og omsorgstjenestelov, ble det understreket at en styrking av kommuneoverlegefunksjonen er viktig for at kommunene skal løse pålagte oppgaver innen helsesektoren. Det må sikres at kommuneoverlegen deltar aktivt i saksforberedelse før beslutninger avgjøres i kommunestyret og på rådmannsnivå.*

*Enkelte interkommunale legevakter er organisert som interkommunale selskap. Dette gjør ledelsesaspektet krevende, fordi styring og ledelse ofte foregår gjennom et styre som er sammensatt av representanter fra de deltagende kommuner. Det bør etableres gode styringslinjer mot interkommunale legevakter slik at denne tjenesten samarbeider godt med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene.*

#### **10.11 Utvalgets forslag**

##### *En mer helhetlig akuttmedisinsk tjeneste*

- Alle kommuner må ha en plan for øyeblikkelighjelptilbudet i sin kommune, som utarbeides som en del av samarbeidet med helseforetak om felles planer for akuttmedisinske tjenester
- Kommunene bør videreforske samarbeidet mellom de ulike døgnbaserte helse- og omsorgstjenestene og legevakt. Legevakt bør i størst mulig grad samlokaliseres med andre tjenester.
- Det bør i størst mulig grad etableres tverrfaglige øyeblikkelig hjelp-team i kommunene med god kompetanse.
- Regjeringen bør utrede virkemidler for å utvikle øyeblikkelig hjelp-team i kommunene.

##### *Styring og ledelse*

- Utvalget foreslår å styrke ledelsen og samle flere av de ulike ø-hjelptjenestene i kommunene, slik at de framstår som én tjeneste.

- Det bør opprettes lokale samarbeidsorganer i kommunen hvor alle deler av ø-hjelptjenestene i kommunene er representert.
- I ethvert legevaktdistrikt uansett størrelse skal det være en medisinsk faglig legevaktleder i minst 20 pst. stilling. Hvis legevakten har et befolningsgrunnlag på 20 000 eller større, bør stillingen utgjøre minst 50 pst.
- Kommuneoverlegens rolle må styrkes, spesielt med hensyn til å utvikle samarbeid mellom de ulike ø-hjelptjenestene i kommunen.
- Det bør etableres gode styringslinjer mot interkommunale legevakter slik at denne tjenesten samarbeider godt med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene.

#### *Vurdering av legevakttjenesten*

- Utvalget foreslår at det innføres nasjonale krav som har som siktemål å gi en retning for framtidig styrking og dimensjonering av legevakttjenesten. Kravene bør fastsettes nærmere i forskrift eller i retningslinjer eller veiledere fra Helsedirektoratet.
- Det innføres et nasjonalt krav i forskrift om at 90 pst. av befolkningen i hvert legevaktdistrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon og 95 pst. av befolkningen skal ha maksimal reisetid på 60 minutter.
- Helsedirektoratet fastsetter nærmere retningslinjer for utforming og innhold i legevakttjenesten.

#### *Økt tilgjengelighet hos fastlegene:*

- Fastlegene må øke sin tilgjengelighet for pasienter som søker øyeblikkelig hjelp.
- Det må legges til rette for at fastlegenes mottak av ø-hjelppasienter registreres.
- Legevakt bør gis mulighet for å kunne foreta timebestilling hos pasientens fastlege.

#### *Fast lønn:*

- Fastlønn og utvidet bruk av faste stillinger i legevakt bør innføres med sikte på å endre prioriteringen i tjenesten og bedre rekrutteringen.
- Det bør legges bedre til rette for flere fastlønte legestillinger i kommunene som kan inngå i ulike ø-hjelptilbud som blant annet legevakt.
- Nasjonale myndigheter må stimulere til at fastlønn tas i bruk i større grad i legevakttjenesten, og det bør settes i gang et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.

#### *Utryknings- og sykebesøk:*

- Lege og annet legevaktpersonell må i større grad enn i dag delta i utrykning ved varsling fra AMK-sentral.
- Kommuner og helseforetak må etablere kvalitetsmål som måler andel ledgedeltakelse i akuttmedisinske utryknings. Et første steg er en benchmarking der kommuner og helseforetak kartlegger og måler seg mot sammenlignbare kommuner og helseforetak. Nasjonale myndigheter bør stille krav om at kvalitetsmål innføres og følges opp jevnlig.
- AMK-sentralenes varslingsplikt overfor legevakter må innskjerves ved hastegrad akutt. Ved hastegrad haster må AMK-sentralene i større grad enn i dag varsle legevakt.
- Nasjonale myndigheter bør igangsette forskning på samfunnsmessige virkninger av økt legemedvirkning i akuttmedisinske situasjoner, herunder sparte kostnader i færre sykehuisinnleggeler og færre eller kortere ambulansetransporter. Forsøk bør settes i verk og evalueres.
- På sikt må det etableres en eller flere nasjonale normer for ledgedeltakelse ved akuttmedisinske utryknings.
- Økt omfang av sykebesøk fra legevakt med etablering av en nasjonal norm om at legevakten utfører minst 20–40 sykebesøk inkludert utrykninger per 1000 innbyggere per år.

- Kommuner og helseforetak bør inngå samarbeid rundt drift av legevaktbiler til bruk for legevaktlege i sykebesøk og uthyrkninger. Det må inngås forpliktende avtaler som blant annet regulerer økonomiske forhold.

**Forslag knyttet til styrket rekruttering i legevakt:**

- Det må legges til rette for at legevaktarbeid planlegges og inngår i regulert arbeidstid, slik at den enkelte lege får større forutsigbarhet for omfanget av sin arbeidstid.
- Det må etableres krav til legevaktjenesten som sikrer legevaktpersonellets trygghet og sikkerhet med minimumsbemanning på to personer – lege og annet helsepersonell.
- Ved uthyrkning og sykebesøk må lege og støttepersonelldra sammen og legevakten skal ha tilgang til uniformert kjøretøy
- Legevakt bør telle i resertifiseringen for spesialiteten i allmennmedisin
- Departementet bør initiere et arbeid for å styrke fastlegeordningen slik at den støtter oppunder utvalgets forslag til tiltak for å styrke legevakt.»

**Fagutvalet**

Fagutvalet vil trekka fram utvalet si innstilling der helseføretak og kommunar må samordne sine tenester. Endringar i akuttfunksjonar ved lokalsjukehusa eller ambulansetenesta påverkar den akuttmedisinske beredskapen i kommunane og omvendt. Fagutvalet står fullt opp om dette.

Fagutvalet står og dei fleste framlegga til akuttutvalet.

Vedlegg om kompetansekrav - fra merknader til akuttforskrifta § 7.

**«Første ledd**

*Legevaktmedisin er primært allmennmedisin og bør i hovedsak utøves av kvalifisert allmennlege/fastlege. Kommunen må påse at legen har nødvendig erfaring fra og kunnskap om legevaktområdet.*

*Kompetansekrav til lege som kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, består av krav til grunnkompetanse (godkjenning som allmennlege), inkludert relevant praksis, og kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.*

*For å få godkjenning som allmennlege i Norge må en lege oppfylle ett av disse alternativene:*

- være spesialist i allmennmedisin
- ha gjennomført tre år med veiledet tjeneste
- ha allmennlegebevis fra et annet EØS-land

*Legevakt er en beredskapstjeneste og krever spesifikk kompetanse utover generell grunnkompetanse. Lege i vakt skal derfor i tillegg til grunnkompetanse ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering.*

**Bokstav a**

*Spesialist i allmennmedisin kan ha selvstendig legevakt. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Spesialist i allmennmedisin utdannet og/eller resertifisert etter 1. januar 2012 har gjennomgått obligatorisk emnekurs i akuttmedisin som del av utdanningen.*

**Bokstav b**

*Følgende leger kan også ha selvstendig legevakt:*

- Leger som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, jf. forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger § 3 første ledd bokstav a jf. § 8 (se under for hvordan veiledet tjeneste kan gjennomføres, dvs. hvilke leger som omfattes).
- Leger som praktiserte selvstendig som allmennleger med rett til trygderefusjon da kravet om tre års veiledet tjeneste fra 1. januar 2006 ble innført, jf. forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger § 11 fjerde ledd.
- Leger som er godkjente allmennleger i andre EØS-land, jf. forskrift om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits (forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits) § 10, jf. § 3.

*Det er Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) som godkjenner allmennleger etter forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger og etter forskrift om helsepersonell fra EØS-land og Sveits.*

*Veiledet tjeneste skal sikre at leger gjennom arbeid under veiledning skal få tilstrekkelig*

*praktisk erfaring til å kunne utføre selvstendig allmennlegevirksomhet på en forsvarlig måte.  
Tjenesten skal være pasientnær og praktisk rettet.*

*Veiledet tjeneste kan gjennomføres på ulike måter – i turnus, i stilling i den kommunale allmennlegetjenesten (dvs. i stilling som fastlege eller ved legevakt), i stilling i helseforetak hvor legen er under spesialisering (LiS) eller som vernepliktig militærlege, jf. § 4 i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger. For å få godkjent veiledet tjeneste, må alle leger gjennomføre obligatorisk opplæring i ”utvalgte emner”, jf. § 5 i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger. Kursene omhandler emner som er relevante for arbeidet som allmennlege og inneholder for øvrig pasientbehandling, legevaktarbeid, trygdemedisin, takst bruk, forskrivning av legemidler, drift av praksis og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Den obligatoriske opplæringen må være dokumentert av henholdsvis kommunen, for tjeneste som er gjennomført der, eller av helseforetaket for tjeneste som er gjennomført mens legen er under spesialisering i sykehus (jf. §§ 6 og 8 i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger). Se nærmere i rundskriv I-3/2015 ”Veiledet tjeneste for allmennleger”.*

*Leger med godkjent veiledet tjeneste må i tillegg enten ha arbeidet minimum ett år i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, eller ha gjennomført minimum 40 legevakter. Denne praksisen kan de ha gjennomført som del av den veilede tjenesten og/eller etter at de har fått godkjenning som allmennlege. En stor del av legene vil ha gjennomført slik praksis når de får godkjenning som allmennlege. Dette betyr blant annet at en lege som arbeider som fastlege og har godkjenning som allmennlege basert på tre års veiledet tjeneste, kan ha selvstendig legevakt.*

*Med godkjent legevakt i denne sammenheng menes både der legen er til stede i aktiv vakt, og der vaktleggen har beredskapsvakt i eget hjem med eventuell utrykning til legekontor, sykebesøk eller annen utrykning. Det kan kun telles én legevakt per døgn. Vakten skal ha en varighet på minst seks timer. Vaktleggen må føre oversikt over vakter og få disse dokumentert av kommunen/leder av legevakten.*

*Spesialister i andre medisinske fag enn allmennmedisin med godkjenning som allmennlege og leger som er godkjente som allmennlege på bakgrunn av gjensidighetsavtale, må ofte ha noe mer praksis fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten før de oppfyller tilleggskravet.*

*Norsk turnustjeneste inneholder seks måneders praksis i kommunal helse- og omsorgstjeneste med legevakt. For eksempel kan spesialister i andre fag enn allmennmedisin med godkjenning som allmennlege, som har gjennomført norsk turnustjeneste med seks måneders veiledet tjeneste i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, arbeide ytterligere seks måneder i kommunen som et alternativ til 40 legevakter for å oppfylle tilleggskravet.*

*Leger som ikke har gjennomført norsk turnustjeneste, må kunne dokumentere at de har annen praksis fra legevakt eller communal helse- og omsorgstjeneste.*

*Et annet tilleggskrav er at legen må ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering. Helsedirektoratet vil gi nærmere informasjon til kommunene om dette tilleggskravet.*

#### *Andre ledd*

*Med bakvakt menes lege som er tilgjengelig på nødnetradio for råd og veiledning, og som kan rykke ut om nødvendig.*

*Leger som tilfredsstiller krav angitt i forskriften § 7 første ledd har kompetanse til å ha selvstendig legevakt uten bakvakt og til å ha bakvakt. Det gjelder samme krav til kompetanse for leger som har beredskapsvakt i eget hjem. For andre leger gjelder følgende: Vakt skal ikke utføres alene, men i samarbeid med lege som oppfyller krav angitt i første ledd. Samarbeidet kan foregå ved at lege som oppfyller kompetansekravene er til stede i aktiv vakt, eller ved at bakvakt kan kontaktes ved behov og rykke ut når det er nødvendig.*

*Turnusleger/nyutdannede leger med autorisasjon skal alltid arbeide under veiledning og tilsyn. Det er ikke tilstrekkelig ut fra forsvarlighetskravet at en bakvakt for turnuslege bare er tilgjengelig på telefon eller helseradio/nødnett. Bakvaktlege må kunne rykke ut når det er nødvendig. Dette betyr at turnuslegene fortsatt skal kunne være med blant dem som har faste vakter, men med bakvakt i beredskap.*

*Vikarleger som ikke oppfyller kompetansekravene i § 7 første ledd, må ha bakvakt som må kunne rykke ut når det er nødvendig.*

*Kommuner kan organisere felles bakvakt for flere legevaktdistrikter, dersom dette er hensiktsmessig og faglig forsvarlig.*

#### *Tredje ledd*

*På bakgrunn av henvendelse fra kommunen kan fylkesmannen gjøre unntak fra kompetansekrav etter første ledd. Det kan bare gjøres unntak for leger som skal vikariere inntil to måneder i fastlegehjemmel eller i stilling i kommunal legevakt i kommuner der det ikke er mulig å skaffe nok kvalifiserte leger. Legen må ha gjennomført minst et og et halvt års veiledet tjeneste etter forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger. Dette innebærer at leger utdannet i Norge som har gjennomført norsk turnustjeneste kan ha legevakt uten bakvakt i kortvarige vikariater. Begrunnelsen for å åpne for unntak er hensynet til rekruttering av leger til små- og utkantkommuner. Det vises i denne sammenheng til forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger § 3 tredje ledd og rundskriv I-3/2015 "Veiledet tjeneste for allmennleger".*

*Det kan ikke gjøres unntak fra kompetansekravene for lege som har bakvakt. Kommunen må, eventuelt i samarbeid med annen kommune, som et minimum sørge for at det er tilgjengelig kvalifisert lege i bakvakt i legevaksentral. Det vises til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-6 Samarbeid mellom kommuner, som åpner for at departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste.»*